



**UNIVERSIDADE DO MINHO  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**  
**ANO LETIVO 2015/2016 – 4º ANO**

**Autor: Milton Miguel Lopes Miranda, N.º 2825**

**Mindelo, 2016**



Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem.

**Conhecimento dos Enfermeiros do serviço de medicina do Hospital Baptista de Sousa  
sobre a assistência ao Utente Disfágico**

*Milton Miguel Lopes Miranda, nº 2825*

Orientadora:

*Dr.ª Ema Aracy Oliveira Soares*

Mindelo, Dezembro de 2016

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pais, que trabalharam incansavelmente para fazer de mim aquilo que sou hoje, perante várias dificuldades que foram superadas. Não posso esquecer também dos meus irmãos e todos os meus familiares, os meus docentes e colegas de curso, que participaram e contribuíram para a minha formação, ajudando-me a alcançar o meu objetivo.

## **Agradecimentos**

Torna-se fundamental expressar o meu agradecimento e reconhecimento a todas as pessoas que de diversas formas me apoiaram e contribuíram para concretização desse trabalho.

Assim aproveito este espaço para deixar os meus agradecimentos:

Aos meus pais, que depositaram toda confiança em mim, a minha madrastra pelo apoio e incentivo.

A orientadora deste trabalho monográfico, a Dr.<sup>a</sup> Ema Aracy Oliveira Soares pela orientação científica, disponibilidade, dedicação e apoio.

Agradeço a Dr.<sup>a</sup> Míriam Cassandra Gomes da Cruz pelos livros emprestados que foram de grande valia.

Agradeço os meus irmãos que de forma direta e indireta ajudaram-me no meu percurso.

Aos meus colegas de turma, em especial agradecimento à Ronise Évora, Jubel Fonseca, Rosa Rocha, e ao meu colega Stefan Brito, onde não tenho palavras para descrever todos esses quatros anos que passamos juntos.

Ao Dr. Tito Lívio e Dr.<sup>a</sup> Mounia Mouride, cuja colaboração foi imprescindível para o vivenciamento desta etapa.

Ao meu primo Dany Mariano, e o meu grande amigo Hélder Baia pelos conselhos que me deram e que fizeram parte do meu percurso ao longo destes quatros anos de formação.

A todos enfermeiros, em especial aos enfermeiros do serviço de medicina pelo apoio incondicional.

E por fim, e não menos importante, á Rosa do Rosário, Ruben Rocha, Fred wilson Rocha, Fernando Silva, Émerson Silva e Fábio do Rosário que de uma forma ou de outra estiveram sempre presentes.

Muito obrigado a todos, pelo apoio e colaboração.

## Epígrafe

*“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos, escolhi estar presente na dor, porque já estive muito perto do sofrimento, escolhi servir ao próximo, porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda, escolhi o branco, porque quero transmitir a paz, escolhi estudar métodos de trabalho, porque os livros são fonte do saber, escolhi ser Enfermeiro, porque Amo e respeito a Vida”!*

Florence Nightingale (1920)

## Resumo

A disfagia é um distúrbio que dificulta ou impossibilita a ingestão segura, eficiente e confortável de alimento ou da saliva, e quando não detetada precocemente e tratada adequadamente, pode levar a sérias complicações como a desidratação, desnutrição, emagrecimento, pneumonia por aspiração e até mesmo a morte.

De acordo com os dados estatísticos mundiais, a disfagia pode afetar cerca de 16% a 22% da população acima dos 50 anos de idade, alcançando em média 70% a 90% nas pessoas idosas, 20% a 40% dos utentes após AVC e pode aumentar até 95% nos utentes com a doença de Parkinson, verificando assim a necessidade dos Hospitais e em especial os profissionais de saúde estarem capacitados para prestarem um atendimento de qualidade e melhorar a qualidade de vida dos utentes.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na equipa de atendimento, sendo que as suas intervenções passam pela identificação precoce da disfagia, prevenção de complicação clínica e nutricionais, entre outros. Pode-se dizer que o nível de conhecimento teórico e prático sobre a disfagia, determina a qualidade de atendimento de enfermagem, e isso, pode ajudar ou prejudicar o utente disfágico e o hospital, pois além de aumentar as complicações por disfagia e o risco de morte, aumenta também o tempo de internamento e os custos hospitalares.

Para esta pesquisa, optou-se por um estudo qualitativo, descritivo e exploratório com uma abordagem fenomenológica, sendo que o método de recolha de informações escolhido foi a entrevista. O público-alvo desta pesquisa foi constituído por oito (8) enfermeiros que trabalham no serviço de medicina do HBS.

Os resultados do estudo demonstraram que os enfermeiros nunca participaram em nenhuma formação na área da deglutição, praticamente todos afirmam que necessitam de formações, e que atuam junto ao utente disfágico sem nenhum protocolo devidamente recomendado.

Conclui-se que os enfermeiros entrevistados do serviço de Medicina do H.B.S, apresentam no geral, um conhecimento superficial sobre a disfagia, tendo em conta a complexidade teórica e prática necessária para assistir o utente disfágico. O estudo

evidenciou ainda grande discrepância de conhecimento sobre a disfagia na classe de enfermagem, demonstrando assim, necessidade de formações de capacitação e atualização com o objetivo de aumentar a qualidade de atendimento e consequente qualidade de vida dos utentes disfágicos.

**Palavras-chave:** Disfagia; Enfermagem; Intervenções de Enfermagem.



## **Abstract**

Dysphagia is a disturbance which difficult or disable a safe, efficient and comfortable ingestion of food or saliva that when not treated properly, can take to serious complications as dehydration, malnutrition, thinning, pneumonia through suction or even to death. According to the World data, dysphagia can affect 16% to 22% of the population over 50 years old, reaching average 70% to 90% in the elderly, 20% to 40% of after AVC victims and can increase until 95% with Parkinson's disease victims, thus verifying the need for hospitals and specially health professionals to be able to provide quality care to these patients and improve their quality of life.

The nurse plays a key role in the care team, their interventions go through early identification of dysphasia, clinical complication prevention and nutrition, among others. It can be said that the level of theoretical and practical knowledge about Dysphagia, determines the quality of nursing care, and this can help or hurt the Dysphagia user and the hospital, because besides increasing the complications and consequently the risk of death by Dysphagia, increases the length of stay which raises hospital costs

To this research was chosen a qualitative, descriptive and exploratory study with a phenomenological approach, and the information collection method was an interview. The target audience of his research was made up of eight (8) nurses who work in HBS Medicine Service.

The results of the study showed that nurses have never participated in any training of the kind, almost all of them claim that they need training, also all affirm that they work with the dysphasic patient without any protocol properly recommended.

It was concluded that the nurses who were interviewed from Medicine services in H.B.S, have in general a superficial knowledge about dysphagia, taking into account the theory complexity and necessary practice to operate in dysphagia. The study showed that there is still a large discrepancy knowledge about dysphagia at the nursing level, demonstrating in that way the need of trainings capacity and update with the purpose to increase attendance quality thus the quality of life of dysphagia victims

**Keywords:** Dysphagia; Nursing; Nursing Interventions.

## Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>6</b>
<b>Problemática e justificativa .....</b>	<b>8</b>
Objetivos específicos: .....	13
Anatomia das estruturas envolvidas na deglutição .....	15
Estruturas da deglutição .....	17
Deglutição normal .....	18
Fases da deglutição.....	20
Fase Antecipatória.....	20
Fase Oral .....	21
Fase Faríngea.....	21
Disfagia .....	22
Classificação da disfagia quanto ao tipo .....	23
Disfagia orofaríngea.....	23
Disfagia Esofágica.....	24
Classificação da disfagia quanto ao grau .....	25
Etiologia da disfagia.....	26
Fatores de risco para disfagia na unidade de terapia intensiva .....	28
Ventilação mecânica, pneumonia de aspiração e traqueostomia através cânulas com cuff	29
Impacto da traqueostomia na deglutição .....	32
Cânulas com cuff.....	34
Sinais sintomas da disfagia .....	34
Complicações da disfagia.....	36
Diagnóstico da disfagia .....	36
Manejo nutricional do utente.....	38
Importância do atendimento de enfermagem qualificado ao utente disfágico.....	39
Educação continuada em enfermagem .....	39
Qualidade de vida e a disfagia.....	41
Equipa transdisciplinar .....	42
Importância da Família ao Utente Disfágico.....	44
Cuidados de enfermagem e disfagia.....	45

Cuidados de enfermagem ao utente disfágico.....	45
Orientações de enfermagem .....	49
A enfermagem e os direitos do utente .....	49
Teórica de Marjorie Gordon (Padrões Funcionais de Saúde) e a Pessoa em situação de disfagia. ....	50
<b>Capítulo II- Enquadramento metodológico .....</b>	<b>52</b>
Percurso metodológico .....	53
Tipo de metodologia.....	54
Instrumento de recolha de dados .....	56
Caraterização do campo empírico .....	56
População alvo.....	57
Dimensão ética e deontológica .....	57
<b>Capítulo III- Fase empírica .....</b>	<b>59</b>
Apresentação e análise dos dados.....	60
Caracterização dos entrevistados.....	60
Apresentação dos resultados.....	61
Discussão dos resultados .....	71
<b>Considerações finais.....</b>	<b>75</b>
<b>Propostas .....</b>	<b>77</b>
<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>78</b>

## Índice de tabelas

Quadro nº1: Patologias associadas a disfagia.....	12
Quadro nº2. Terapêutica para a pneumonia aspirativa.....	33
Quadro nº3. Meios de diagnósticos invasivos e não invasivos da disfagia.....	40
Quadro nº4: Educação continuada.....	42
Quadro nº5. Caracterização socio demográfico.....	62
Quadro nº6. Exames complementares da disfagia.....	90
Quadro nº7. Teoria de Marjorie Gordon.....	92
Quadro nº8. Diagnóstico de Nanda, Nic e Noc.....	95

## Índice de Figuras

Figura nº1.....	17
Figura nº2.....	18
Figura nº 3.....	19
Figura nº 4.....	24

## **Lista de Abreviatura**

NANDA- North American Nursing Diagnosis Association

NIC- Classificações das Intervenções de Enfermagem

NOC- Classificação dos Resultados de Enfermagem

HBS- Hospital Doutor Baptista de Sousa

CDADC- Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos

AVC- Acidente Vascular Cerebral

ED- Educação Continuada

## **Introdução**

O presente trabalho surge no âmbito do plano curricular do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem da universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciatura em enfermagem. Trata-se de um trabalho monográfico, que tem como objetivo dar início ao processo de aprendizagem no âmbito da investigação científica, intitulada: Conhecimento dos enfermeiros do serviço de medicina do Hospital Baptista de Sousa sobre a assistência ao Utente Disfágico.

A deglutição é uma das principais funções do sistema estomatognático caracterizada pela passagem dos alimentos líquidos, sólidos e pastosos da boca até estômago. Alterações neste processo, podem levar a um quadro de disfagia e trazer sérias complicações como a desnutrição, desidratação, pneumonia aspirativa e até mesmo a morte. Além de afetar a saúde do indivíduo a disfagia tem grande impacto no prazer alimentar e psicossocial do doente, diminuindo em grande escala a qualidade de vida dos utentes. A alta taxa de utentes com disfagia nos Hospitais pode ainda contribuir para o aumento os gastos financeiros principalmente quando o atendimento é não qualificado.

Entende-se que o atendimento de qualidade pode reduzir as complicações da disfagia, principalmente quando é feita por uma equipa multiprofissional onde o enfermeiro desempenha um papel fundamental, pois constitui a classe que mantém maior contato com o utente, possibilitando intervenções precoces e a consequente diminuindo as complicações e internamentos prolongados.

Esse estudo encontra-se estruturado em três capítulos bem definidos, sendo o primeiro a problemática e a justificativa, necessários para uma melhor compreensão do tema em si e da sua relevância.

Capítulo I - conceitos básicos, deglutição normal, disfagia, sinais e sintomas da disfagia, classificação da disfagia entre outros, percurso metodológico, tipo de metodologia, instrumento de recolha de informações e caracterização do campo empírico entre outros, capítulo II - Apresentação e análise das informações, caracterização dos entrevistados, apresentação dos resultados e discussão dos resultados e por último, e não menos importante, o capítulo III- considerações finais e propostas. Neste capítulo faremos as conclusões, através de uma análise aprofundada da parte teórica e prática, seguido de algumas propostas bem como a indicação bibliográfica seguida dos anexos.

O trabalho foi redigido de acordo com as normas de redação e formatação de trabalho científico da Universidade do Mindelo, com base no livro, Introdução à Investigação Científica, guia para investigar e redigir Graça (2014). Também é de salientar que o trabalho foi redigido de acordo com as normas do novo acordo ortográfico em vigor.

Optou-se por uma metodologia qualitativa do tipo descritiva e exploratória de carácter fenomenológico, sendo que a população-alvo foi constituída pelos Enfermeiros, que trabalham diariamente com utentes no serviço de medicina do Hospital Baptista de Sousa (HBS).



## **Problemática e justificativa**

A escolha do tema vai de encontro com o interesse pessoal, e a curiosidade despertada durante os ensinamentos clínicos realizados no Hospital Baptista Sousa (HBS), onde o interesse por esta temática emergiu pelas questões intrinsecamente ligadas ao cuidado de enfermagem aos utentes, nomeadamente à alimentação e hidratação do indivíduo.

Um dos aspetos que também motivaram a escolha do tema foi a necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre o assunto, que apesar da grande importância e pertinência, pouco foi falado durante a Licenciatura em Enfermagem. Considerando a ocorrência da disfagia nos hospitais, como futuro enfermeiro, acredito ser uma mais-valia ter um conhecimento alargado sobre o tema para melhor atuar nestes casos, e assim garantir a saúde e qualidade de vida dos utentes.

Após a reflexão sobre a importância dessa temática na atuação de enfermagem e a escassez de bibliografia nas nossas fontes de pesquisa, emergiu uma imensa vontade de contribuir para o aumento de produção de conhecimento, que além elevar a qualidade de assistência da classe de enfermagem servirá também para levantar questões que poderão gerar mudança de comportamento por parte dos enfermeiros e das entidades competentes.

A disfagia pode ser de origem orofaríngea derivada a: causas anatómicas, neurológicas, musculares, discinesia e distonia tardias e xerostomia, anomalias altas, doenças neuromusculares, lesões estruturais localizadas, distúrbios do esfíncter esofágico superior, de origens esofágicas causadas por anomalias, distúrbios neuromusculares ou da motilidade, lesões mecânicas intrínsecas, lesões mecânicas extrínsecas.

Santoro, refere em seu artigo que:

“a disfagia pode afetar 16% a 22% da população acima dos 50 anos de idade, alcançando os índices de 70% a 90% de comprometimento da deglutição nas populações mais idosas, 20% a 40% dos utentes após AVC apresentam disfagia, aumentando para 95% para os indivíduos com a doença de Parkinson, sendo a principal causa de mortalidade nesta população a pneumonia de aspiração.” (2008, p.16)

Quando investigou-se a incidência dos problemas relacionados a deglutição, ela oscilou entre os 30% aos 70% após o AVC, com principais compromissos a nível da fase oral e faríngea, devendo ser alvo de atenção por parte de todos os profissionais de saúde (Paixão, 2009).

Ainda Kowalski, carvalho e Vartanian (2010) afirmam que o cancro da boca é uma das causas da disfagia e que ela corresponde ao sexto tipo, mais frequente na população mundial, com maior prevalência nos países em desenvolvimento.

Segundo Goldani e Silveira (2010) os distúrbios da deglutição são muito comuns na infância, com uma incidência de 25% a 35% de casos leves em crianças normais e 40% a 70% de casos graves em crianças prematuras.

Nos Estados Unidos estima-se que 300 mil a 600 mil indivíduos sofram de doenças neurológicas afetados por disfagia todos os anos, 37% deles desenvolverão pneumonia aspirativa e 3,8% morrerão se não forem diagnosticados e tratados atempadamente (Gomes, et al., 2003).

Também Guedes, *et al* (2009) afirmam que a disfagia é um dos problemas que afeta principalmente 20% dos idosos internados, na Europa, a disfagia ocorre em 8% a 10% das pessoas acima de 50 anos de idade.

Zettler (2010) afirma que 5% a 15% dos casos de pneumonia adquirida na comunidade são devidos á pneumonia de aspiração e esta é a principal causa de morte em utentes disfágicos. Segundo Ribeiro, Silva, Rizzo e Ventura (2011), a prevalência da, disfagia é maior após a internação, sendo menor no momento da internação justificando assim, a necessidade de preparação dos profissionais de saúde para melhor atuação junto ao utente disfágico.

Em análise á situação atual de São Vicente, efetuou-se a procura de dados estatísticos no Hospital Baptista de Sousa, onde infelizmente não foi possível encontrar dados objetivos nos serviços de estatística sobre o número atual de doentes disfágicos seguidos nesta instituição, estando disponíveis apenas dados referentes às patologias associadas a disfagia, que seguem referenciados no quadro a seguir.

Quadro nº1: Patologias associadas a disfagia

Patologia	Sexo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Subtotal	Total
Acidente Vascular Cerebral	Feminino	40	28	34	29	26	38	195	424
	Masculino	27	26	42	49	37	48	229	
Neoplasia gástrica	Feminino	5	7	7	3	2	7	31	86
	Masculino	8	13	13	6	7	8	55	
Neoplasia esofágica	Feminino	4	4	12	4	5	4	33	145
	Masculino	23	15	13	26	13	22	112	

Fonte: elaboração própria

Dados disponibilizados no Relatório Nacional de Saúde de Cabo Verde, indicam aumento de quadros clínicos que podem estar associados a disfagia onde foram registados nos anos de 2010 a 2013, diversos casos de neoplasias do esófago e da laringe que culminaram no óbito do utente. Relativamente ao cancro do esófago, em 2010 foram registados 29 óbitos, mantendo a mesma tendência em 2013, onde se registou 26 óbitos. No que diz respeito ao cancro da laringe, foram registados 10 óbitos em 2013. Ainda entre 2011 e 2013 foram registados 18 casos de traumatismo craniano, e em 2010 foram registados 10 casos de traumatismo do pescoço. Estando todos estes relacionados com a disfagia, com esses ideais não é difícil encontrar utentes com disfágicos nos serviços de saúde.

Na ótica de Padovani, Moraes, Mangili e Andrade (2007) a atuação junto ao utente disfágico exige um protocolo de atendimento que possibilita a identificação e interpretação das alterações na dinâmica da deglutição, além de caracterizar os sinais clínicos sugestivos de penetração laríngea ou aspiração laringo-traqueal, definir pontualmente a gravidade da disfagia e estabelecer condutas a partir dos resultados da avaliação.

Segundo (Guedes *et al*, 2009) o atendimento da disfagia deve ser feita em equipa multidisciplinar, onde deveriam participar o otorrinolaringologista, fonoaudiólogo, nutricionista, enfermagem, gastroenterologista, o pneumologista entre outros, o enfermeiro

desempenha um papel fundamental, se bem preparado para prestar atendimento ao utente disfágico. A atuação do enfermeiro em parceria com os fonoaudiólogos eleva a qualidade nos cuidados aos utentes disfágicos.

Ainda Dondorf, Fabus e Ghassemi (2016), afirmam que a falta de preparo dos enfermeiros, para atendimento de utentes disfágicos pode colocar em risco a vida dos utentes, defendendo que os enfermeiros necessitam de capacitação para desempenhar suas funções sem por risco os utentes. Dentro desses riscos encontramos, a desidratação a desnutrição, as pneumonias aspirativas e até mesmo a morte.

Nakamura e Carroll (2009) defende que atuação de enfermagem na disfagia deve ser habilitada para melhor prevenir complicações clínicas e nutricionais, observar a necessidade de avaliação específica, aumentar a adesão e seguimento às orientações fonoaudiológicas, redução do número de doentes com disfagia não identificados, e intervir com meios compensatórios e orientação aos familiares e utentes.

Do ponto de vista de Furkim, Manique e Martinez (1998) o fonoaudiólogo é o responsável pelo diagnóstico e pela reabilitação da disfagia, objetivando a melhora do quadro geral dos utentes independente da permanência do distúrbio, desde que os procedimentos utilizados visem a ingesta oral segura com manutenção das condições nutricionais e estabilização de comprometimentos pulmonares.

A fonoaudiologia é uma ciência recente em Cabo verde, por isso, a presença desses profissionais no serviço de Medicina iniciou há pouco tempo. Segundo informações de uma fonoaudióloga que presta apoio H.B.S, ainda o hospital não possui fonoaudiólogo pertencente ao quadro, mas atualmente uma fonoaudióloga presta serviço voluntariamente no serviço de medicina suprimindo as necessidades de atendimento dos utentes disfágicos. A mesma refere que até então, a presença do fonoaudiólogo ocorre sempre que houver solicitação ou necessidade de intervenção e durante as refeições. Mesmo assim, acredita que é importante ações de atualização, troca de informações e o trabalho em equipa, para contornar as limitações do sistema de saúde, que começa no número insuficiente de enfermeiros, especialistas e também na falta de enfermeiros especializados.

Antunes (2010) em seu estudo afirma “que as atividades de educação continuada, efetivamente desenvolvidas, se constituem em uma das formas de assegurar a manutenção da competência do profissional de enfermagem em relação à assistência ao utente disfágico”.

Logo, é de extrema importância que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros possuam competências, para atender na necessidades dos utentes disfágicos. Novas exigências pedem novas formas de ação (Silva, 2012).

Seguindo a mesma linha de pensamento, segundo Ordem dos enfermeiros de Portugal, (2001), os utentes necessitam de uma observação contínua, de modo a detetar precocemente as complicações, sabendo intervir de forma precisa, eficiente e em tempo útil.

Muitos são os questionamentos que surgiram em torno dessa temática, pois a disfagia quando mal atendida pode levar a consequências graves, como a desidratação e a desnutrição, pneumonias aspirativas e por fim a morte. Pode-se entender que a falta de condições para se alimentar por via oral em segurança impede os utentes de ter alta hospitalar, logo há um aumento do tempo de permanência hospitalar, que aumenta o risco do utente se contaminar com infecções hospitalares gerando assim maiores custos ao Hospital.

A própria definição da disfagia remete a dificuldade ou mesmo impossibilidade de transferir os alimentos, quer sejam estes sólidos ou líquidos da boca ao estômago, comprometendo o estado nutricional do doente, aumentando assim a taxa de incidência anual mundial da desnutrição em 6,3% (sara-Prat, et al., 2012).

Ainda Carreira e Steemburgo (2010) demonstram em seus estudos que a prevalência da desnutrição relacionada a disfagia oscila entre 5% e 10% nos utentes independentes e 30% em 85% dos utentes hospitalizados.

O atendimento de saúde qualificado é extremamente importante para garantir a qualidade de vida dos utentes disfágicos, pois ao se depararem com a incapacidade de deglutir com eficiência, são impedidos de experienciar algo que antes era feito de forma natural e que lhes trazia muito prazer. Nessa condição, instala-se o sentimento de medo e incapacidade de engolir que leva em casos extremos, a problemas psicológicos e a exclusão social.

Jedlicka citado por Antunes (2010) comprova em seu estudo que muitos enfermeiros não avaliam a deglutição do utente em risco para a disfagia antes de ofertar o alimento, tudo isto, por terem conhecimento destituído sobre o tema, onde os principais erros cometidos pelos profissionais durante a oferta do alimento ao doente disfágico estão relacionados ao posicionamento, às técnicas inadequadas do uso de utensílio e ao ritmo de oferta alterado, o que consequentemente aumenta o risco de aspiração traqueal.

Todos os impactos negativos que a disfagia impõe na vida desses utentes mostra a necessidade de ações urgentes no campo da saúde, com objetivo de minimizar o sofrimento e aumentar a qualidade de vida. Dentro dessas ações, a principal é sem dúvida a capacitação da equipe de atendimento hospitalar, começando pelo enfermeiro que é o profissional que mantém maior tempo de contacto com os utentes e participa diretamente na oferta do alimento (Sara-Prat, et al., 2012).

Silva, Pinheiro, Souza, e Moreira, (2011) afirmam que as práticas de promoção de saúde são necessárias e exequíveis dentro dos ambientes hospitalares, preparando assim o utente e o seu cuidador para as limitações da doença.

Considerando a pergunta de partida **Qual a percepção dos enfermeiros do serviço de medicina do Hospital Baptista de Sousa sobre os cuidados de enfermagem nos utentes disfágicos?** A finalidade da pesquisa e as características do estudo definiu-se o seguinte objetivo geral: Analisar a percepção da equipe de enfermagem sobre cuidados prestados aos utentes disfágicos no serviço de Medicina do Hospital Baptista de Sousa.

### **Objetivos específicos:**

- Descrever o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a assistência de enfermagem ao utente disfágico no HBS;
- Identificar as ações de enfermagem utilizadas na assistência ao utente disfágico;
- Identificar as dificuldades (sentidas pelos enfermeiros) na prestação de cuidados ao utente disfágico.

## **Capítulo I - Enquadramento teórico**

Esta fase é de extrema importância em fase do processo de investigação onde pretende demonstrar informações disponíveis na literatura e de definir conceitos chave sobre o problema de investigação. Após a pesquisa e a seleção de informações, procede-se á construção de uma matriz teórica, na qual irão ser definidos os conceitos, que constituem o suporte para o desenvolvimento do trabalho. Os principais conceitos são: Disfagia; Enfermagem; Intervenções de Enfermagem.

## **Anatomia das estruturas envolvidas na deglutição**

Segundo Jotz, *et al.* (2010), Leal, Durão e Abecasis (2005), Moore e Dalley (2007), Moll e Moll (2004) e Burnie (1996), pode ser entendida como:

Na ótica de Jotz, *et al.* (2010) a cavidade oral é formada pelas bochechas, pelos palatos duro e mole (parede posterior) e pela língua. A cavidade da boca é onde o alimento é ingerido e preparado para a digestão no estômago e intestino delgado.

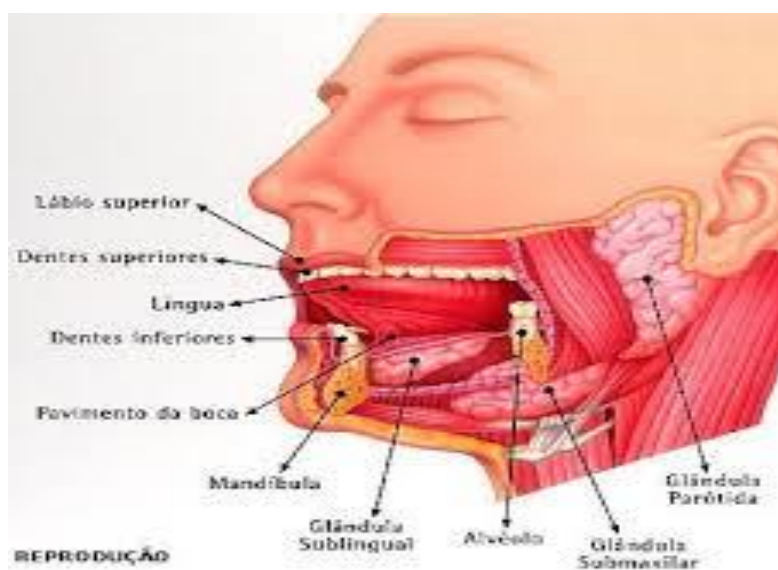


Figura nº1

Fonte: <https://www.google.cv/url?sa=ierct=jeq=eesrc=sesource=imagesecd=ecad=rjaeuact=8eved=0ahUKEwjM7->

Os lábios constituem as pregas musculares que são essencialmente formados pelo músculo orbicular dos lábios e por tecido conjuntivo. As bochechas formam as paredes laterais da cavidade oral e são constituídos internamente por uma mucosa de epitélio



pavimentoso estratificado e uma camada externa de pele, o músculo bucinador é recoberto por uma camada adiposa também chamada de almofada de gordura (Jotz, *et al.*2010).

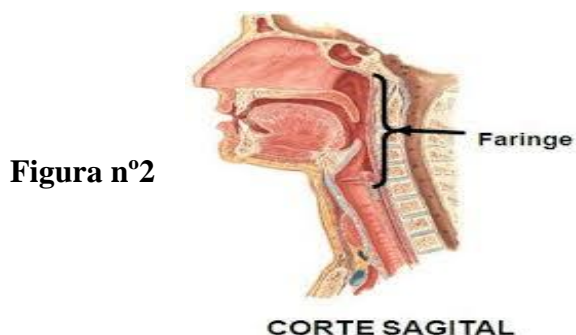
Seguindo a mesma ótica Leal, Durão e Abecasis (2005) afirmam que os lábios e as bochechas são importantes nos processos da mastigação e da fala. Auxiliam na manipulação dos alimentos dentro da boca, mantendo-os posicionados enquanto os dentes os trituram.

“O palato consiste em duas partes: o palato duro e o palato mole ou véu palatino, constituído por músculo-esquelético e tecido conjuntivo. A úvula é uma projeção do bordo posterior do palato mole o palato é importante na deglutição, impedindo a passagem dos alimentos para a cavidade nasal” (Moore & Dalley, 2007).

A língua é um grande órgão muscular que ocupa a maior parte da cavidade oral, propriamente dita, quando a boca encontra-se fechada. Esta ligada a cavidade oral principalmente pela parte posterior; a sua parte interior é relativamente livre e estando lidada ao pavimento da boca por uma fina prega de tecido. Os músculos associados a língua dividam-se em duas categorias: músculos intrínsecos contidos na língua e músculos extrínsecos externo a língua mas ligada a ela (Moll & Moll, 2004).

Os dentes estão distribuídos por duas arcadas dentárias, uma maxilar e outra mandibular, elas dispõem de uma distribuição simétrica da outra, eles podem ser divididos em superior direito e esquerdo e inferior direito e esquerdo e ainda desempenham um papel fundamental na mastigação (Jotz, *et al.* 2010).

## Faringe



Fonte: <https://www.google.cv/url?sa=ierct=jeq=eesrc=sesource=imagesecd=ecad=rjaeuactDimages>

Na perspectiva de Burnie (1996) a “faringe é um tubo que se estende da boca até o esôfago, apresenta suas paredes muito espessas, é forrado pela mucosa faríngea que facilita a rápida passagem do alimento. O movimento do alimento, da boca para o estômago, é realizado pelo ato da deglutição”.

## Esôfago

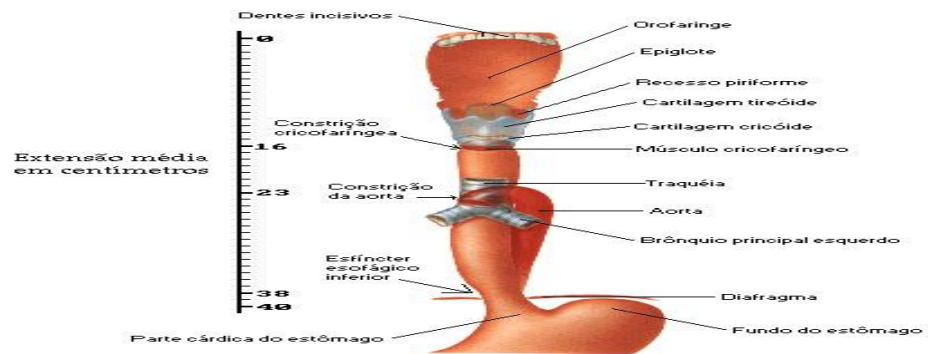


Figura nº 3

Fonte: [https://www.google.cv/imgres?imgurl=https%3A%2F%2Fstatic.tuasaude.com%2Fimg%2Fposts\\_315\\_210.jpeg&imgrefurl=https%3A%2F%2Fwww.tuasaude.com%2Fcancer-no-esofago](https://www.google.cv/imgres?imgurl=https%3A%2F%2Fstatic.tuasaude.com%2Fimg%2Fposts_315_210.jpeg&imgrefurl=https%3A%2F%2Fwww.tuasaude.com%2Fcancer-no-esofago)

De acordo com Moore e Dalley (2007) o “esôfago é um tubo fibro-músculo-mucoso que se estende entre a faringe e o estômago. Se localiza posteriormente à traqueia começando na altura da 7ª vértebra cervical. Perfura o diafragma pela abertura chamada *hiato esofágico* e termina na parte superior do estômago tem aproximadamente 25 centímetros de comprimento”.

## Estruturas da deglutição

Segundo Burnie (1996) a deglutição é indispensável para a manutenção da vida e não é tao simples como aparenta ser, mas sim resulta em um complexo mecanismo neuromotor, onde a coordenação em cada fase resultará no transporte do bolo alimentar da boca ao estômago.

Do ponto de vista de Filho (1998), a deglutição é composta por uma complexa estrutura onde inclui:

- Estruturas ósseas como: maxilar, mandíbula, coluna vertebral e osso hioide;
- Estruturas cartilaginosas: como as cartilagens da laringe, epiglote, tiroide, cricoide, aritenoides, corniculadas e cuneiformes;
- Estruturas musculares como a língua, pares de músculos associados às fases oral e orofaríngea (músculos supra-hioides, digástrico, estilo hióideo e músculos infra hioides incluindo a membrana tiroidea);
- Estruturas neurais onde temos os pares cranianos e os nervos cervicais.
- Nas funções motoras o ramo mandibular do V par e o VII par que interfere na mastigação, o XII par que atua em toda a movimentação da língua, o IX par participa nas estruturas velo-faríngeas e o X par que atua na musculatura da faringe e da laringe.
- Na função sensitiva o V e VII par participa nas funções gustativas e sensitivas da cavidade oral, o IX par interfere na inervação sensitiva da orofaringe e estruturas velo-faríngeas e o X par atua em toda a inervação sensitiva da hipofaringe laringe.

## **Deglutição normal**

A deglutição começa no 2º trimestre da vida uterina e sendo muito ampla pois dependendo do autor pode percorrer aspetos como a anatomia e fisiologia, a importância para a manutenção da saúde, e até a qualidade de vida da pessoa. Segundo Yamada *et al*, (2004), a deglutição normal só é possível quando não se verifica quaisquer alterações no trânsito do bolo alimentar, nos mecanismos das fases oral e da fase faríngea.

Complementando a ideia acima Cardoso *et al* (2011), afirma que o processo normal de deglutição é fundamental para a manutenção da vida, permite-nos garantir o transporte dos alimentos desde a sua ingestão até ao esófago, iniciando o processo da digestão e a eliminação de saliva da cavidade oral, evitando a sua passagem para as vias respiratória.

Ainda Ferreira, Lopes e Limonge (2004) defendem que a deglutição normal pode ser definida como um agrupado de mecanismos motores organizados que conduzem o conteúdo intra-oral, seja saliva, líquidos e/ou alimentos, para o estômago, com o intuito de propiciar a digestão no trato gastrointestinal. Conta com a participação de 31 pares de

músculos esqueléticos, onde a contração é integrada por estruturas reticulares bulbares, além de seis pares encefálicos.

Na visão de Motta e Annunziato (2010) a deglutição é resultante de um complexo mecanismo neuromotor, dependente da ação por vezes simultânea e por vezes sequencial, de estruturas musculares como a língua e os músculos associados a fase oral e faríngea.

Gillick (2000) afirma que a deglutição é uma função componente do sistema estomatognático que está presente no organismo desde o período fetal, ajudando assim no equilíbrio do volume do líquido amniótico. O feto necessita do funcionamento precoce do sistema estomatognático, ela já está ativa nesta fase com o objetivo de estimular o crescimento facial no seu terço médio garantindo a sobrevivência do recém-nascido, por propiciar a respiração logo após o seu nascimento

Ferreira, Lopes e Limonge, (2004), dividem a deglutição normal em três fases distintas, sendo elas fase oral, fase faríngea e fase esofágica. Já (Furkim & Mattana, 2004) por sua vez, afirmam que esta pode ser dividida em quatro fases, sendo elas a fase antecipatória, a fase oral, fase faríngea, e fase esofágica.

Ainda Filho, *et al* (1998) também seguem a mesma linha de pensamento, defendendo que esta se divide também em quatro etapas denominadas de fase preparatória oral, oral propriamente dita, orofaríngea e esofágica.

Segundo Ferreira, Lopes, e Limonge, (2004) a fase oral ou voluntária pode ser subdividida em preparatória e oral propriamente dita. Na fase oral ocorre a mastigação e o posicionamento final do bolo na cavidade oral. A duração e o modo de preparo são influenciados pelo sabor, temperatura, viscosidade e nível de secreção da saliva.

Após o posicionamento do bolo alimentar na porção anterior da língua, ocorre pressão sequencial da língua no palato duro, impulsionando posteriormente o bolo alimentar. Na região posterior da língua, ocorre inicialmente um movimento anterior; em seguida, um movimento posterior que também impulsiona o bolo alimentar posteriormente. Essa ação é denominada movimento de pistão. O movimento da base da língua é considerado a principal força geradora de pressão para propulsionar o bolo pela faringe, enquanto a contração faríngea tem um efeito de “limpeza” auxiliando na retirada de resíduos da parede da faringe (*ibidem*).

De acordo com Jotz e Dornelles (2010), na fase faríngea “o palato mole eleva-se para vedar a nasofaringe, prevenindo o refluxo nasal, simultaneamente, a língua e o movimento da parede faríngea realizam a propulsão do bolo no sentido caudal”.

O sincronismo das fases oral (ejeção oral) e mecanismo protetivos laríngeos contribui para a passagem do alimento pela transição faringoesofágica de forma adequada. Finalmente a fase esofágica (inconsciente e involuntária) inicia-se quando o bolo atinge o esfíncter esofágico superior e, com os movimentos peristálticos esofágicos, chega até a entrada no estômago (Ferreira, Lopes , & Limonge, 2004).

Por sua vez Furkim e Mattana, (2004) referem que a fase antecipatória e a fase oral permitem o controlo da vontade, as fases faríngea e esofágica não permitem o controlo da vontade e são classificadas como fases involuntárias. Sua sequência de ações se inicia e progride de modo reflexo e autónomo.

## **Fases da deglutição**

A deglutição é um processo complexo composto por fases ou etapa, o processo normal faz-se através da cavidade oral, com o objetivo de fornecer os nutrientes necessários ao organismo humano. Serão descritas, a seguir, as fases da deglutição e suas respectivas características funcionais, na perspectiva de (Furkim & Mattana, 2004) e de acordo com os estudos de (Santoro *et al* 2011).

**Fase Antecipatória** “etapa cognitivo no mecanismo de deglutição. Como o próprio nome sugere, a fase antecipatória ocorre anteriormente ao ato de deglutir, inicia-se pela escolha do alimento e envolve o posicionamento, a administração e o ambiente da refeição”. Ela respeita as seguintes etapas:

1. Escolha do Alimento, deve-se oferecer alimentos que adapta melhor ao estado do utente. Posicionamento, ao se preparar para a alimentação, o posicionamento deve seguir algumas ressalvas. Usualmente deve-se posicionar em um angulo de noventa grau com a cabeça ereta para facilitar o mecanismo de deglutição adequado.
2. Administração do alimento, de acordo com a consistência ou as possibilidades de cada individuo, opta-se por utensílios diferenciados. Deve-

se levar em consideração que uma alimentação com ritmo aumentado pode impedir a preparação adequada do bolo alimentar, por outro lado, um ritmo lentificado durante a refeição pode poderá provocar cansaço e resultará em um gasto energético superior ao consumido.

**Fase Oral** consiste na fase em que são observados cinco estágios distintas: a captação, a qualificação, o preparo, o posicionamento e a ejeção. Captação, uma captação eficiente do bolo é realizada quando o indivíduo consegue captar todo o alimento do utensílio utilizado com a precisão e sem escape. Qualificação, o bolo é analisado de acordo com suas características físicas e químicas, bem como volume, consistência, densidade e grau de umidificação para que haja uma programação adequada da posterior ejeção.

O preparo consiste na etapa preparatória do alimento em que ele é triturado e umidificado para a formação do bolo alimentar, a duração desta etapa vai depender do tempo de mastigação. Posicionamento, após análise do alimento e formação coesa do bolo, este é organizado e posicionado sobre a língua e as estruturas da cavidade oral se preparam para a ejeção. Ejeção inicia-se no momento em que o bolo alimentar estiver preparado e que ocorra o seu deslocamento para região faríngea.

**Fase Faríngea** se caracteriza pela dinâmica de direcionamento da ejeção oral, bem como a manutenção da onda pressórica sem que ocorra sua dissipação migrando o bolo para a laringofaringe, além de ocorrer um fechamento velofaríngeo para prevenir o refluxo de alimento para a cavidade nasal. Fase Esofágica por meio de ondas peristálticas, o alimento que passou pelo esfíncter esofágico superior é direcionado para o esôfago e posteriormente, para o estômago.

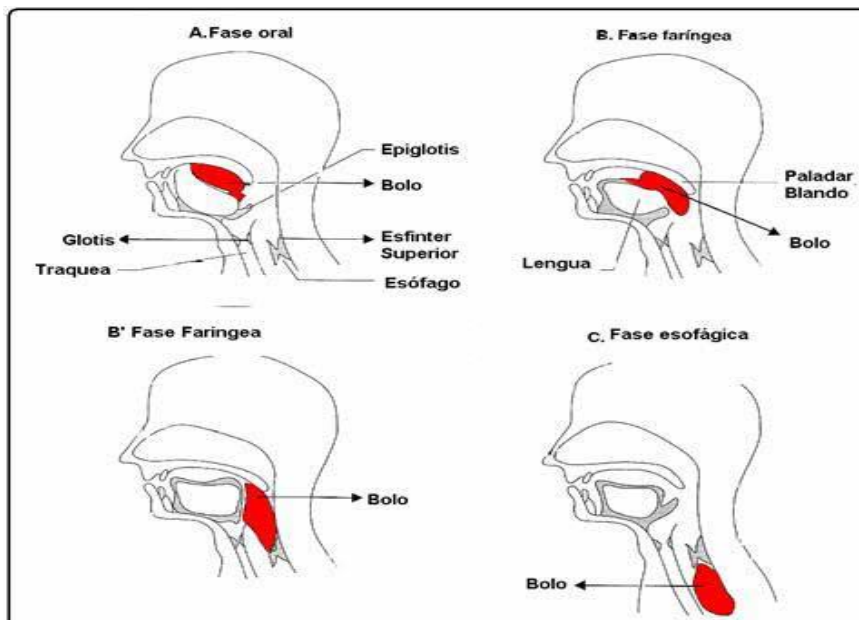


Figura nº 4. Fonte: [www.saudemedicina.com/disfagia/](http://www.saudemedicina.com/disfagia/)

## Disfagia

A disfagia é uma perturbação no processo da deglutição, impedindo o normal funcionamento no trajeto do bolo a boca ao estômago e consequentemente complicações que coloca em risco o estado nutricional do indivíduo.

Segundo Werle (2014, p.13):

“a disfagia é sintoma de uma doença de base que acomete qualquer parte do trato digestivo entre a cavidade oral e o estômago e pode causar complicações como a desnutrição, desidratação e complicações respiratórias. A disfagia mais frequentemente reflete problemas envolvendo a cavidade oral, faringe, esôfago ou transição esofagogástrica, os quais podem resultar na penetração de alimento no interior da via aérea, determinando reflexo tussígeno, sufocação/asfixia, problemas pulmonares e aspiração”.

Ainda Jotz, Angelis e Barros (2010) afirmam que disfagia é uma perturbação que incapacita a deglutição segura de alimentos ou saliva, levando a complicações tais como a desidratação, desnutrição, emagrecimento, alterações respiratórias, como a pneumonia aspirativa e até mesmo a morte

Santos, Braga e Silva, (2004) alegam ainda que a disfagia pode ser entendida por uma sensação de incômodo em qualquer sítio entre a orofaringe e o epigástrico, que aparece durante ou após a deglutição.

Dantas, (1998) afirma que esta não é uma doença, mas sim uma manifestação da mesma, ocorrendo quando o utente se encontra perante disfunções orofaríngeas onde na maioria das vezes este tipo de disfagia tem afeções neurológicas ou musculares levando portanto a esta manifestação denominada disfagia.

Complementando a ideia anterior Hernandez, (2010) afirma que a disfagia é um sintoma de uma doença de base que é caracterizada pela dificuldade em transferir o bolo alimentar da orofaringe para o esófago e o estômago.

Ainda Argente e Alvarez, (2008) afirmam que a disfagia pode ser entendida como qualquer alteração ou dificuldade de deglutição nomeadamente a transferência dos alimentos quer sejam líquidos ou sólidos da boca pela faringe e o esófago até o estômago.

Ela é vista como uma perturbação no processo da deglutição e pode envolver desde o comprometimento labial, da propulsão do alimento pela ação da língua, do atraso do reflexo da deglutição, até a dificuldade no trânsito traqueoesofágico e na anatomofisiologia do esófago ( Santos, Braga & Silva, 2004).

Decorre do processo agudo ou progressivo que vai interferir no transporte do bolo da boca ao estômago, sendo que pode ser prejudicado devido a processos mecânicos que vão dificultar a passagem do bolo assim como a falta de secreção salivar, fraqueza nas estruturas musculares responsáveis pela propulsão do bolo ou disfunção da rede neuronal que coordena e controla a deglutição (Furkim & Mattana, 2004).

## **Classificação da disfagia quanto ao tipo**

### **Disfagia orofaríngea**

Dantas (1987) define a disfagia orofaríngea como uma anormalidade em que os utentes tem dificuldade de iniciar a deglutição e que apresenta sintomas e sinais específicos que a caracteriza em qualquer etapa da deglutição.

Segundo Selee, Stephens e Tate (2005, p. 925):

“na disfagia orofaríngea, o paciente tem dificuldade em iniciar a deglutição, não conseguindo fazer com que o alimento passe da boca para o esôfago. O paciente se engasga ao tentar deglutir, experimentando regurgitação nasal e aspiração traqueal seguida de tosse. Pode haver uma sensação de desconforto referido na garganta (disfagia



cervical'). É uma disfagia que ocorre tanto para sólidos quanto para líquidos, e os distúrbios que podem originá-la são aqueles que afetam os músculos esqueléticos ou a porção do sistema nervoso necessária para o controle voluntário (fase oral) e involuntário (reflexo) da deglutição”.

## **Fatores de risco para aspiração orofaríngea**

Zettler (2010) defende a existência de uma grande vastidão de fatores de risco para a aspiração orofaríngea, que influenciam grandemente o estado clínico do utente, entre os quais o autor destaca:

- Utentes com disfagia neurológica;
- Ruptura da junção gastroesofágica ou com anormalidades anatómicas do trato aerodigestivo;
- Pessoas idosas devido a maior incidência da disfagia e do refluxo gastroesofágico;
- Utentes com AVC;
- Utentes criticamente enferme;
- Permanência em posição supina;
- Distúrbio de deglutição causado por alteração da sensibilidade das vias áreas superiores;
- Injúria glótica e disfunção muscular da laringe (após a intubação traqueal).

## **Disfagia Esofágica**

Segundo Jacobi, Levy e Silva (2004) a disfagia esofágica é definida pelo distúrbio da deglutição causada pelas causas mecânicas ou alterações esofágica, onde se manifesta por sensação de obstrução retrosternal ou gástrica, dor torácica e regurgitação tardia.

De acordo com Seleey, Stephens e Tate (2005, p. 925).

“na disfagia esofágica ou de condução, a dificuldade está no transporte dos alimentos pelo esôfago até o estômago, e, sendo assim, geralmente é relatada como uma sensação de interrupção e estagnação do bolo alimentar no esôfago - o paciente se sente 'entalado'. É uma forma de disfagia que pode ser observada tanto para sólidos quanto para líquidos, e que pode ser intermitente ou progressiva.”

Ainda Goldani e Silveira (2010) afirmam que o tratamento da disfagia esofágica é sempre cirúrgico, com o objetivo de obter o restauro a continuidade anatômica mas a função

motora esofágica não fica normalizada, porque a doença motora faz parte de uma anormalidade congênita secundária ou isquêmica ou devido a danos dos ramos esofágicos do nervo vago durante o procedimento cirúrgico.

### **Classificação da disfagia quanto ao grau**

Nas pesquisas de Filho, Macedo, Jurkiewicz, e Abdulmassih, (2009) assim como da Silva e Vieira, (1998) defendem que a disfagia pode ser classificada, desde leve, moderada a severa.

Silva e Vieira, (1998), explicam que esta pode ser classificada como disfagia leve quando o controle e o transporte do bolo alimentar encontra-se atrasado e lento, sem sinais de penetração laríngea na ausculta cervical, apresentando alteração do esfíncter labial, má coordenação da língua, atraso para desencadear o reflexo da deglutição, não apresenta de tosse, sem alteração do comportamento vocal após a deglutição e ausculta cervical normal, sem redução acentuada da elevação da laringe.

Complementando a afirmação acima Yamada *et al*, (2004), afirmam que a disfagia leve pode ser caracterizada pela dificuldade do transporte oral do bolo alimentar, presença de estase em pequena quantidade de recessos faríngeos, sem penetração laríngea e pela ausência de broncopneumonias de repetição e de perdas nutricionais.

Ainda da Silva (2004), afirma que a “disfagia moderada ocorre quando o controle e ejeção oral do bolo alimentar estão lentos, com sinais sugestivos de penetração laríngea e aspiração.”

No ponto de vista de Yamada *et al*, (2004), o utente apresenta uma dificuldade no transporte oral do bolo alimentar, com presença de estase em pequena quantidade de recessos faríngeos, sem penetração laríngea e com ausência de broncopneumonias de repetição e de perdas nutricionais.

Moraes, Coelho, Castro, e Nemr, (2006) e Santoro *et al* (2011) por sua vez defendem que pode-se afirmar que a pessoa se encontra perante uma disfagia severa quando existe grande quantidade de estase em recessos faríngeos, assim como a presença de sinais sugestivos de penetração laríngea e grande quantidade de material aspirado, pneumonias de repetição, desnutrição e alteração do prazer alimentar com impacto social.

Quanto á disfagia severa da Silva e Vieira, (1998) mencionam que ocorre quando há presença de aspiração substancial e ausência ou falha na deglutição completa do bolo alimentar, apresentando atraso ou ausência do reflexo da deglutição, redução na elevação da laringe, ausência de tosse, presença de tosse durante ou apos a deglutição, alteração do comportamento vocal apos a deglutição, alteração respiratória evidente, ausculta cervical alterada e deglutição incompleta.

## **Etiologia da disfagia**

As disfagias são de múltiplas etiologias onde podem ser originadas de causas anatómicas, neurológicas, musculares, drogas, psicológicas, idade, lesões estruturais localizadas, causas mecânicas que podem ser intrínsecas e extrínsecas.

Segundo Araújo, Bicalho, e Francesco (2005) defendem que as causas da disfagia podem ser também psicológicas, induzidas por drogas, mecânicas, neurológicas, também (Acosta & Cardoso 2012), complementam que a disfagia também pode ser devido a presbifagia.

Ainda Bretan (1998) defende que a disfagia de causa psicológica é devido a situações de stress (ansiedade, depressão, angustia e inseguranças) e sensação de estreitamento e de aperto na garganta e no peito.

Na ótica de Sasahora e Lima (2001) a disfagia neurogénica é uma desordem do processo da deglutição causada por distúrbio neurológico, ela afeta as ações musculares responsáveis pelo transporte do bolo alimentar da cavidade oral para o esófago. As desordens neurológicas podem afetar o córtex cerebral, tratos subcorticais, tronco cerebral, nervos encefálicos, junções neuromusculares e músculos.

Segundo Cuenca, *et al.*, (2007) as causas da disfagia mecânica são devidos a estenose péptica benigna, Carcinoma, anel esofágico, tumores benignos, lesão cáustica, divertículo de zenker, compressões extrínsecas tumorais, bóciros mergulhantes, alterações anatômicas vasculares.

Segundo Goldani e Silveira (2010) as principais causas da disfagia na criança são devidos a prematuridade, anormalidades das vias aéreas e alimentares superiores, defeitos congénitos da laringe, traqueia e esófago; alterações anatómicas adquiridas, defeitos neurológicos, doenças primárias do esófago e miscelânea.

No estudo de Cardoso, *et al*, (2011) afirmam que “a causa mais comum de disfagia e aspiração é o AVC, podendo ocorrer em cerca de um terço dos doentes sendo mais evidente nos primeiros dias após o AVC, independentemente do hemisfério afetado”

Ainda Araújo, Bicalho, e Francesco (2005) defendem que as causas da disfagia podem ser também psicológicas, induzidas por drogas, mecânicas, neurológicas, ainda Acosta e Cardoso (2012), complementam que a disfagia também pode ser devido a presbisfagia.

## Causas da disfagia orofaríngea

Segundo Dantas (1998), Philip e Constine, (2014), Santoro *et al* (2011), Araújo, Bicalho, e Francesco, (2005) as disfagias de causas orofaríngeas ou disfagias altas vão desde causas anatômicas, causas neurológicas, causas musculares, anomalias altas entre outros e elas são comuns em todas as idades.

- **Causas anatômicas:** membrana esofágica, osteófito vertebral, divertículo da hipofaringe, barra cricofaríngea na, tumor, operações e radioterapia,
- **Causas neurológicas:** AVC, poliomielite bulbar, esclerose lateral amiotrófica, doença de Parkinson, paralisia cerebral e tumor;
- **Causas musculares:** distrofia muscular oculofaríngea e miastenia gravis, discinesia e distonia tardias e xerostomia.
- **Anomalias altas:** atresia e estenose de coanas, infecções nasais e dos seios da face, tumores, defeitos nos lábios e implantação dentária, fenda palatina, estenose de hipofaringe, síndromes craniofaciais;
- **Doenças neuromusculares:** paralisia ou acidente vascular cerebral, doença de Wilson, esclerose múltipla, tumor cerebral, desordens congênitas ou degenerativas do sistema nervoso central, poliomielite, difteria, raiva, diabetes, miastenia gravis, trauma craniano, hipoxia cerebral, meningite, distrofias musculares, miosite primária, tireotoxicose, mixedema, miopatia por esteroides, paralisia de laringe;
- **Lesões estruturais localizadas:** fístula traqueoesofágica, trauma, faringite, abscessos, tuberculose, sífilis, neoplasias, anéis congênitos, compressão

extrínseca por aumento de tireoide ou linfadenopatia ou hiperosteose vertebral, ressecção cirúrgica de orofaringe;

- **Distúrbios do esfíncter esofágico superior:** Espasmo do esfíncter esofágico superior, relaxamento ou abertura anormal do esfíncter esofágico superior.

## Causas da Disfagia Esofágica

Segundo Pierre, *et al* e Santoro *et al* (2011) as causas da disfagia esofágica são devidas a anomalias, distúrbios neuromusculares ou da motilidade, lesões mecânicas intrínsecas e extrínsecas, alterações motoras secundárias entre outros.

- **Anomalias:** atresia, fístulas traqueoesofágicas;
- **Distúrbios neuromusculares ou da motilidade:** acalasia, esclerodermia, espasmo esofágico difuso, esfíncter esofágico inferior hipertensivo, dismotilidade esofágica, doença de Chagas, paralisia de esôfago, disfagia de conversão.
- **Lesões mecânicas intrínsecas:** estenose péptica, divertículo de esôfago, esofagites, neoplasias, corpos estranhos, trauma;
- **Lesões mecânicas extrínsecas:** compressão vascular, anormalidades mediastinais, osteoartrite cervical, timo aberrante.

## Fatores de risco para disfagia na unidade de terapia intensiva

Furkim e Rodrigues (2014) defendem que as causas da disfagia na UTI são:

- Utentes com doenças pulmonares crônicas;
- Utentes com ventilação mecânica por um longo período de tempo,
- Utentes com doenças neurológica;
- Historia previa de disfagia;
- Utentes traqueostomizados;
- Utentes com longo período de internamente na enfermaria de ortopedia;
- Utentes com fator de risco para a disfagia e com longo período de tempo de alimentação enteral.

## **Ventilação mecânica, pneumonia de aspiração e traqueostomia através cânulas com cuff**

Utentes que são submetidos à entubação orotraqueal por um longo período de tempo apresentam modificações na fase oral e faríngea da deglutição, quase sempre acompanhadas de penetração e aspiração laríngeas. A oferta da dieta via oral nos utentes que estiveram sob o uso de tubo orotraqueal deve ser cuidadosa com o objetivo de garantir a nutrição adequada e evitar complicações respiratórias.

Segundo Werle *et al* (2014) 50% dos utentes submetidos à ventilação mecânica, por um período superior a sete dias, desenvolvem anomalias eletrofisiológicas, com incidência média de 25% de fraqueza muscular e mais de 20% de incidência de disfagia. Estes distúrbios neuromusculares adquiridos em UTI geram dificuldades no desmame da ventilação mecânica, custos hospitalares elevados e mortalidade aumentada.

Segundo Kunigk e Chehter (2007) a entubação orotraqueal prolongada pode causar lesões na cavidade oral, faringe e laringe, que consequentemente causam diminuição da motricidade e da sensibilidade local e comprometem o processo da deglutição, determinando as disfagias orofaríngeas. Logo podem desprender problemas como a desnutrição e a pneumonia aspirativa, agravando de forma significativa o estado clínico do paciente internado.

Mota, Cavalho e Brito (2010) defendem que os fatores de risco para as complicações pós intubações endotraqueais são: fatores relacionados ao utente (idade, porque a mucosa laríngea se torna mais frágil com a idade e é mais suscetível a lesões, história de intubação e tabagismo). Requisitos técnicos para atingir e manter a intubação e fatores relacionados ao médico (falta de experiência e a dificuldade de colocação do tubo endotraqueal no lugar apropriado).

Ainda os mesmos autores enumeram como fatores de risco associados com condições técnicas para atingir e manter a intubação encontrou-se a: duração prolongada de intubação (o risco de complicações aumenta com a duração da intubação), o tamanho do tubo endotraqueal (em particular sondas cujo tamanho é maior ou igual a 8 resultariam em mais complicações do que as sondas menor calibre) agitação do paciente (especialmente

episódios de extubação-reintubação), mau posicionamento da sonda (colocado muito alto ou muito abaixo da glote, com um balão localizado no anel cricoide) umidificação pobre do ar inspirado e a infecção local.

Alonso *et al* (2015) afirmam que a disfagia orofaríngea está sempre presente em utentes entubados e com traqueostomia com cuff, consequentemente estes utentes podem apresentar aspiração traqueal silenciosa. Ainda durante o processo de desmame da traqueostomia, os utentes podem apresentar dificuldade para deglutir saliva, e a possibilidade de desenvolver pneumonia aspirativa é elevada.

Seguindo a mesma linha de pensamento Mota, Cavalho e Brito (2010) afirmam que a intubação orotraqueal prolongada pode ocasionar lesões na cavidade oral, faringe e laringe, que causam diminuição da motricidade e da sensibilidade local e comprometem o processo da deglutição, originando as disfagias orofaríngeas. Consequentemente desenvolvem problemas tais como a desnutrição e a pneumonia aspirativa, agravando o estado clínico do utente.

Segundo Kunigk e Chehter (2007) os utentes submetidos a entubação orotraqueal apresentam as seguintes alterações na fase oral, faríngea e esofágica da deglutição, logo o profissional de saúde nomeadamente o enfermeiro tem que estar atento a estas alterações para prevenir as complicações:

- Escape oral anterior: ausência ou diminuição do vedamento labial antes ou durante a deglutição;
- Escape de alimento para fora da cavidade oral;
- Redução do controle motor oral: incapacidade ou lentidão dos movimentos da língua e da mandíbula durante a deglutição;
- Preparação e posicionamento do bolo em cavidade oral antes de ser deglutido;
- Estase na cavidade oral: presença de alimentos na cavidade oral, após a deglutição;
- Redução da sensibilidade oral: ausência ou diminuição de resposta de limpeza dos lábios após o toque do alimento nos lábios, ou ausência da resposta de limpeza da cavidade oral após a deglutição;
- Escape posterior: escape de alimentos da cavidade oral para a faringe, antes do início da fase faríngea da deglutição;

- Atraso no início da fase faríngea: presença da ejeção do bolo alimentar, antes do fechamento laríngeo;
- Estase em parede posterior da faringe: presença de resíduos alimentares na região da parede posterior da faringe, após três deglutições;
- Redução de sensibilidade laringofaríngea: ausência de resposta de deglutição, tosse ou náusea ao toque do fibroscópio em epiglote;
- Estase em recessos faríngeanos: presença de resíduos alimentares em valéculas e seios piriformes, após três deglutições;
- Penetração laríngea: presença de alimento desde a face laríngea da epiglote até o limite das pregas vocais;
- Aspiração laríngea: passagem do alimento abaixo das pregas vocais.

De acordo com Zettler (2010) a pneumonia aspirativa ocorre devido a inalação de material orofaríngea colonizada por bactérias para os pulmões, tais como a *Haemophilus influenzae* e *Streptococcus pneumoniae* que pode manifestar-se 48 horas depois. As drogas utilizadas no seu tratamento são:

#### Quadro nº2. Terapêutica para a pneumonia aspirativa

Fármacos	Dose, via e hora
Quinolonas respiratórias <ul style="list-style-type: none"> <li>• Levofloxacilina</li> <li>• Gatifloxacina</li> </ul>	500 Mg EV 1 x dia 400 Mg EV 1x dia
Ceftriaxona	1-2g EV 1 x dia
Ciprofloxacilina	400 EV 12/12h
Piperacilina/ tazobactam	3,375g EV 6/6h
Ceftazidima	2g EV 8/8h
Imipnem	500Mg EV 8/8h a 1g EV 6/6h



Clindamicina	600Mg EV 8/8h
Metronidazol	500Mg EV 8/8h.

Fonte: elaboração própria

Segundo Gomes (1998) a aspiração pode ser de causa mecânica (diminuição da elevação da laringe, obstrução esofageana e limpeza da laringe com fluxo aéreo) ou por causa neurofisiológico (dessensibilização da laringe e fechamento incoordenado da laringe) e caso não for tratado precocemente pode originar a pneumonia aspirativa e complicar o estado de saúde do utente.

Na perspetiva de Júnior, Camargo e Carvalho (2007) a identificação das alterações da deglutição pode auxiliar na deteção de utentes com alto risco de aspiração, prevenindo complicações pulmonares como a pneumonia aspirativa alertando para a necessidade do diagnóstico e do tratamento adequados nestes utentes, reforçando a ideia de que o enfermeiro tem de estar preparado para atuar junto ao utente com problemas de deglutição.

Ainda Neves, Brasil e Amorim (2009) afirmam que a aspiração pulmonar pode ser aguda ou accidental e crônica ou habitual. A aspiração aguda pode ocorrer desde o período neonatal até a adolescência. A aspiração crônica podem ocorrer devido a RGE com aspiração do conteúdo gástrico e alimentos, em função de distúrbios da deglutição com predomínio de alimentos, saliva e secreções brônquicas.

Seguindo a mesma linha de pensamento Carvalho (2006) afirma que a aspiração também pode ser classificada de acordo com o tipo de material aspirado por: irritativa, infecciosa e obstrutiva. Como síndrome irritativa encontramos as pneumonites químicas por ácido, hidrocarbonetos, óleo vegetal, mecônio, álcool e gordura animal. Na síndrome de aspiração infecciosa ocorre aspiração de saliva e secreções contaminadas, enquanto as síndromes aspirativas obstrutivas são causadas por afogamento e aspiração de corpo estranho.

### **Impacto da traqueostomia na deglutição**

Forte e Forte (2004) defendem que o utente ao ser submetido à uma traqueostomia, ficam exposto a uma série de complicações e impactos que, de uma forma ou de outra têm influência no seu dia-a-dia, bem como na evolução do seu estado clínico. Dentre estes impactos se sobrepõem:

- Impor limitações mecânicas e neurofisiológicas a função da laringea,
- Fixando a laringe na pele da região cervical anterior, restringindo a sua mobilidade normal;
- Prejudicando a coaptação glótica;
- Pressionando a parte membranosa da traqueia contra o esôfago (causando muitas vezes dor e espasmo da musculatura cervical);
- A cicatriz pós-traqueostomia, fixando a traqueia á pele, sem qualquer outra doença, pode determinar a disfagia;
- O balão insuflado pode pressionar o esôfago e dificultar a deglutição;
- O desvio do ar pela cânula de traqueostomia leva a diminuição da sensibilidade da laringe e pregas vocais;
- Utentes traqueostomizados ficam prejudicados no fechamento das pregas vocais e na duração da deglutição;
- A traqueostomia prejudica a efetividade e o reflexo da tosse.

Segundo Barros, Portas e Queija (2009) a traqueostomia tem indicações indiscutíveis, porém, sua repercussão na comunicação e na deglutição é também incontestável, logo é de responsabilidade dos especialistas da área compreender melhor esses impactos e descobrir alternativas para a eliminação destes fatores quando possível para melhor a qualidade de vida do utente que por sua vez já se encontra debilitado.

Na perspetiva de Perfeito *et al* (2007) a traqueostomia é um procedimento que, quando realizada precocemente, diminui o tempo de ventilação mecânica, o tempo de internação e a incidência de broncopneumonia, além de resultar em menor trauma laríngeo e ajudar a reintrodução precoce da alimentação.

Seguindo a mesma linha de pensamento Ricz, Filho, Freitas, Martins e Mamede (2011) ressalta que apesar de, a traqueostomia facilitar o acesso para aspiração e remoção de secreções, a presença do mesmo não capacita o utente a deglutir e ainda pode resultar em maior dificuldade de deglutição, aumentando a aspiração e consequentemente a pneumonia aspirativa.

Ainda Gomes (1998) afirma que utentes trasqueostomizados apresentam redução da sensibilidade das pregas vocais devido ao desvio crônico do ar para a cânula, e o simples

fechamento da cânula associada com a diminuição do seu calibre permite que o ar expelido do pulmão atinja as pregas vocais e com isso melhora a sua sensibilidade e reduz a aspiração de material da cavidade oral prevenindo assim a pneumonia aspirativa.

### **Cânulas com cuff**

Segundo Gomes (1998) as cânulas com cuff estão sempre relacionados com complicações tais como: infecção, estenose traqueal, fistulização da artéria inominada, fístula esófago-traqueal e aspiração.

Justificando a afirmação anterior Edmiaston, Conno, Loehr e Nassief, (2010) afirmam que existe uma estreita relação anatômica entre a traqueia e o esôfago e quando o cuff é insuflado, vai acumular restos de alimentos nos seios periformes e consequentemente originar a aspiração laringotraqueal e a colonização de bactérias.

Ainda Netto, Angelis e Barros (2010) afirmam que o uso de cânulas com cuff insuflado podem levar a obstrução esofágica, o que promove o acúmulo de alimento na transição faringoesofágica, facilitando as aspirações traqueais após a deglutição.

### **Sinais e sintomas da disfagia**

Segundo Santoro *et al* (2011) a disfagia é um distúrbio da deglutição que possui sinais e sintomas específicos caracterizados por alterações em qualquer fase ou entre as fases da dinâmica da deglutição de origem congênita ou adquirida, podendo gerar prejuízo pulmonar nutricional e social.

Os utentes com disfagia podem apresentar os seguintes sintomas: tosse fraca, tosse voluntária, tosse antes, durante ou depois da deglutição, voz molhada, engasgos, incapacidade de controlar alimentos ou saliva na boca, aumento em secreções, ou ainda incapacidade para reconhecer alimentos (Cardoso, et al., 2011).

### **Presbifagia**

Segundo Estrela, Motta e Elias (2010) a presbifagia manifesta-se de modo e forma diferente em cada estágio da deglutição, essas manifestações propõem que o impacto da disfagia na hemóstase de um indivíduo no decorrer da reabilitação e na qualidade de vida não deve ser menosprezado.

### **Estágio oral**

- Duração prolongada, trânsito oral lentificado, quando comparados com sujeitos mais jovens;
- Modificações da língua: aumento do tecido conetivo e de depósitos de gorduras, redução da massa muscular, e diminuição das unidades motoras funcionais, declínio da força, perda de importantes papilas gustativas e diminuição do olfato;
- Cavidade oral: dificuldade de vedamento labial, problemas de mastigação causados pela deficiência da arcada dentaria ou por próteses dentárias com encaixe imperfeito, diminuição da quantidade da saliva.

### **Estágio faríngea**

- Diminuição do tecido conjuntivo na musculatura infra e supra- hióidea com consequente redução do levantamento e da laríngea, diminuição da abertura do esfíncter esofágico superior e diminuição do fechamento das vias áreas superiores;
- Diminuição da sensibilidade na região laringofaríngea;
- Modificação de discriminação sensorial da região laringofaríngea pelo aumento do limiar de pressão necessária para o reconhecimento do bolo alimentar e de suas caraterísticas.

### **Estágio esofágico**

- Duração aumentada devido ao maior tempo de relaxamento do EES;
- Pressão de repouso do segmento faringoesofágico reduzida;
- Atraso do esvaziamento esofágico;
- Aumento da dilatação esofágica.

Os utentes com disfagia podem apresentar os seguintes sintomas: tosse fraca, tosse voluntária, tosse antes, durante ou depois da deglutição, voz molhada, engasgos, incapacidade de controlar alimentos ou saliva na boca, aumento em secreções, ou ainda incapacidade para reconhecer alimentos ( Cardoso, et al., 2011).

Ainda Araújo, Bicalho, e Francesco, (2005) afirmam que os sinais e sintomas mais comuns da disfagia são engasgos, tosse, regurgitamento nasal, resíduo alimentar na cavidade

bucal, alteração vocal, emagrecimento, recusa alimentar, preferência por alimentos macios e pastosos e pneumonias de repetição, que em casos mais graves, podem levar ao óbito.

Seguindo a mesma linha de pensamento Santoro *et al* (2011) afirmam que os sintomas da disfagia são controlo da saliva reduzido, dificuldade em iniciar a deglutição, regurgitação nasal, dificuldade em controlar secreções, episódios de engasgos ou tosse durante a alimentação, alteração vocal, alimento retido na garganta, diminuição do reflexo da tosse ocasionado a aspiração silenciosa devido há (perda da sensação laríngea, aspirações crónicas que desestabiliza o reflexo da tosse, intubação endotraqueal, traqueostomia, medicações e alterações cognitivas que dificultam a percepção e a exposição do problema.

### **Complicações da disfagia**

O sintoma da disfagia se não for tratado precocemente e de forma correta pode levar a complicações serias que pode acometer o estado normal de saúde do utente é nesse sentido (Guedes *et al*, 2009) e (Sasahora & Lima 2001), afirmam que estas complicações vão desde a desnutrição, desidratação, pneumonia aspirativa, broncospasmo, asfixia e outras alterações pulmonares até a morte.

Segundo júnior, Camargo e Carvalho (2007) os episódios de aspiração são frequentes em utentes disfágicos internados na UTI e que originam graves consequências aumentando a sua morbilidade, estima-se que a ocorrência de mortalidade vai desde os 7,5% á 72% após episódios de pneumonia aspirativa.

Filho, Sakai e Ishioka (1998) defendem que associação das mudanças fisiológicas associadas ao envelhecimento, demências entre outras comorbidades, coloca o utente grupo de risco para disfagia e que consequentemente pode originar a desnutrição e a desidratação que por sua vez complica altera a qualidade de vida do utente.

### **Diagnóstico da disfagia**

Segundo Guedes, *et al* (2009) compete ao enfermeiro: os cuidados diretos de enfermagem em utentes graves que correm risco de vida, cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exigem conhecimentos de base científica, a capacidade de tomar decisões imediatas por intermédio de seu julgamento clínico, a formulação de critérios,

resultados, estratégias, planeamento, implementação, avaliação dos resultados de cada utente.

Durante a realização da anamnese deve-se caracterizar cada um dos sintomas de forma criteriosa para que possa formular uma boa hipótese diagnóstica, e decidir pelo melhor exame complementar, tendo em conta que o tipo do alimento associado à disfagia deve ser bem explorado durante a história clínica, uma vez que quando a disfagia é para líquidos, na fase inicial, deve ter origem neuromuscular e quando para sólidos com progressão para líquidos as causas mais prováveis são de origem mecânica. Contudo se a disfagia for tanto para sólidos como para líquidos desde o início sugerem doenças neuromusculares degenerativas (Cuenca, et al, 2007).

Ainda Dantas (1998) afirma que é muito importante ter informação sobre o tempo de duração e a evolução da disfagia. A sintomatologia da síndrome disfágica de origem neuromuscular tem carácter crónico e intermitente; a evolução é longa e progressiva para alimentos sólidos e tem suas principais causas nas doenças benignas.

Segundo Goldani e Silveira (2010) a avaliação médica clínica da disfagia deve ter em conta as seguintes questões: A disfagia é de origem orofaríngea ou esofágica, a disfagia é causada por problema anatómico ou funcional, qual a gravidade da disfagia e que complicações nela presente, existe doença de base ou doença relacionada?

Ainda Cardoso, *et al*, (2011) afirmam que o diagnóstico médico da disfagia passa por várias etapas e processos, sendo inicialmente levado a cabo exames não invasivos, sendo então seguido por exames invasivos para um diagnóstico mais preciso e diferenciado, sendo estes exames referenciados seguidamente.

Quadro nº3. Meios de diagnósticos invasivos e não invasivos da disfagia

<b>Invasivos:</b>	<b>Não Invasivos:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Estudo videofluoroscópico da deglutição;</li><li>➤ Avaliação da deglutição por vídeo-endoscopia;</li><li>➤ Eletromiografia;</li><li>➤ Cintigrafia;</li><li>➤ Esofagoscopia transnasal;</li><li>➤ Fluoroscopia manométrica;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Teste da ingestão oral;</li><li>➤ Avaliação da anatomia e na funcionalidade;</li><li>➤ Anamnese e exame físico dirigidos aos problemas da deglutição;</li><li>➤ Sensibilidade e reflexos.</li></ul>

➤ Ultrassonografia.	
---------------------	--

Fonte: elaboração própria

Ainda Cuenca, *et al.*, (2007) e Goldani e Silveira (2010) afirmam que a dor retrosternal associada à disfagia para alimentos sólidos desde o início dos sintomas, é um forte indício de doenças motoras como espasmo esofágico difuso e quando associada a disfagia, com rouquidão pode indicar tumores esofágicos com invasão secundária da laringe ou do nervo laríngeo recorrente, e nos casos em que a rouquidão precede a disfagia pode ser tumores primários da laringe.

## Manejo nutricional do utente

Carrea e Steemburgo (2010) afirmam que todo o utente deve ser submetido a um inventário clínico onde inclui a história clínico-dietética detalhada para levantar todos os dados que possam interferir no anabolismo metabólico e nutricional. Com o objetivo de detetar a deficiência nutricional e propor dados para a implementação terapêutico e nutricional, assistir os utentes para evitar a aspiração e otimizar o estado nutricional para evitar desidratação e desnutrição.

Segundo Edmiaston, Conno, Loehr Lynda e Nassief, (2010) a desnutrição aumenta a suscetibilidade para a colonização alterada da orofaringe e a redução resistência á infeção por depressão imunológica, além de levar a letargia e a redução da força muscular que compromete diretamente a tosse e levando ao desenvolvimento de complicações pulmonares.

De acordo com a pesquisa de Oliveira *et al* (2008) “a terapia nutricional ao utente disfágico tem como objetivo maior de prevenir a aspiração e a sufocação, buscando meios de facilitar uma alimentação segura e independente, e ainda recuperar ou manter o estado nutricional e a hidratação do paciente, com a dieta adaptada às suas necessidades”.

## **Importância do atendimento de enfermagem qualificado ao utente disfágico**

### **Educação continuada em enfermagem**

A educação continuada, ou constante atualização dos conhecimentos tornam-se essenciais para a qualidade de desempenho profissional, bem como na qualidade dos serviços prestados e na satisfação dos utentes. Para isto é necessário a consciencialização para a auto atualização, ou através de programas educativos.

Segundo Antunes (2010), foi realizado uma pesquisa com 68 enfermeiros no Hospital Estadual de São Paulo, no Brasil, que demonstrou a eficácia do programa de educação continuada na melhoria dos conhecimentos sobre disfagia e da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes disfágicos, onde foi realizado uma sessão treinamento através de uma aula teórica sobre disfagia, com duração de uma hora.

Todos os participantes desse programa tiveram que ser submetidos a um questionário no início da aula, tendo sido submetidos ao mesmo questionário na final da aula. Como resultado, foi observado que a percentagem de acertos no final da aula, em todas as questões referentes às noções e conhecimentos básicos da disfagia aumentaram exponencialmente em relação ao questionário inicial conforme mostra o quadro abaixo.

Quadro nº4: Educação continuada

Questões do teste	Início da aula	Final da aula
Conceito de disfagia	72,5%	88,2%
Sinais e sintomas	76,5%	91,2%
Fatores de Risco	55,9%	94,1%
Dieta Ideal	36,2%	41,2%

Elaboração própria

O autor ainda destaca que com o treinamento dos enfermeiros verificou-se grande melhoria na prestação dos seus cuidados, refletindo-se na minimização o tempo de espera para a avaliação inicial, facilidade no gerenciamento adequado dos utentes com potencial problema de deglutição, reduzindo assim a demora na tomada de decisões, diminuição dos



encaminhamentos inadequados, aumento a confiança dos enfermeiros no gerenciamento do disfágico e cumprimento das recomendações fonoaudiológicas.

Ainda Davim, Torres e Santos (1999) defendem que a educação continuada é um conjunto de práticas educacionais que tem como pressuposto melhorar e atualizar a capacidade do indivíduo, favorecendo o seu desenvolvimento e sua participação eficaz na vida profissional tornando-os qualificados e elevando de certa forma a qualidade da assistência e consequentemente melhorar a qualidade de vida do utente.

Complementando a ideia anterior Assad e Viana (2003) afirmam que é importante criar, no local de trabalho, condições que permitam ao profissional desenvolver competências a partir da prática e em secções de ED, com o objetivo de preencher lacunas existentes entre o conhecimento profissional e a demanda da prática, buscando a prática da reflexão desde a ação, para que os profissionais possam agir em situações de incerteza, instabilidade e conflito de valores, tendo em vista garantir a qualidade da assistência.

Seguindo a mesma linha de pensamento Souza e Ceribelli (2004) afirmam que a educação continuada é uma das formas de se proporcionar o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos recursos humanos das instituições é também um dos caminhos para uma assistência de qualidade, respeitando o utente e o profissional, Engloba programas de ensino que proporcionam ao individuo oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de habilidades.

Ainda Siqueira e Kurcgant (2005) salienta que a capacitação dos enfermeiros apresenta-se como uma estratégia para o aperfeiçoamento das atuações, com vistas à repercussão na qualidade do trabalho, propiciando também motivação entre o grupo de enfermeiros.

Logo é de extrema importância desencadear processos de capacitação de profissionais de enfermagem, já que o trabalho de enfermagem é entendido como central para a melhoria da qualidade e da atenção prestada pelos serviços de saúde (Tavares 2006).

Ainda Cecagno, Soares, Siqueira e Cecagno (2006) afirmam que a enfermagem, deve acompanhar as mudanças do mundo globalizado, seguindo uma linha de pensamento onde o aprender deve fazer parte do seu cotidiano, tendo como principal ferramenta a educação continuada, tendo em conta que ela permite intervir, reconstruir e mudar a prática, adequando o pensar e o fazer às exigências e necessidades atuais.

## **Qualidade de vida e a disfagia**

Uma assistência de enfermagem especializada e centrada no utente é essencial para ultrapassar as limitações nas diversas vertentes do bem-estar (físico, psicológico, social, económica e cultural) no utente disfágico que acarretam dependência a diversos níveis e que compromete a sua qualidade de vida.

Segundo Cioatto e Zanella (2015) o processo adequado e eficiente da deglutição revela-se importante para a manutenção saudável do estado clínico geral do utente, levando em conta que qualquer alteração que dificulte a realização de uma boa deglutição irá repercutir no estado nutricional, respiratório e na qualidade de vida do paciente.

Gaspar, Pinto, Regina, Rosane e Leonor (2015), em seus estudos onde tinham o objetivo de avaliar a qualidade de vida em utentes disfágicos, demonstrou alterações significantes quanto ao tempo de alimentação, medo de se alimentar, saúde mental, social chegando a conclusão de que a disfagia interfere de forma negativa na qualidade de vida desses utentes.

Ainda Mendes e Tchakmakian (2009) afirmam que a interdisciplinaridade na assistência domiciliar na prevenção das complicações da disfagia, vai interferir de forma positiva na qualidade de vida desses mesmos utentes e ainda vai haver menor recidiva da doença e menor busca aos serviços que estão sempre saturado.

O adoecer com disfagia é um processo que envolve perdas de capacidades, que segundo Scopinho (2003) não ocorre subitamente, e nem é estático, mas sim compreende um processo evolutivo que resulta na perda de capacidade efetiva e/ou potencial, biológico e psíquico.

Nesse sentido Dyniewicz e Hoffmann (2009) alertam que a promoção da independência funcional na rotina diária e a promoção da qualidade de vida do utente deve ser um dos principais objetivos da equipa transdisciplinar.

Ainda Walton (2011) afirma que o enfermeiro deve ver o utente de forma integral, indo além do cuidado físico, considerando suas queixas psicossociais e elegendo a qualidade de vida como um construtor que engloba a satisfação das pessoas em sua vida diária.

## **Equipa transdisciplinar**

A participação de equipa transdisciplinar é essencial para a reabilitação do utente disfágico, levando em conta que esta ajuda de forma significativa nos momentos de discussões e padronizações de condutas.

Para garantir os cuidados aos utentes disfágicos afigura-se necessária uma abordagem transdisciplinar, no qual as decisões do tratamento são tomadas pelo cliente e família com a colaboração dos diferentes profissionais (Monahan *et al*, 2006).

Constituindo assim um processo saúde/doença condicionado por mudanças no funcionamento do corpo, mudanças de rotinas, enfim, mudanças do processo vital como um todo, estando estritamente relacionado com as condições de vida do indivíduo, que por sua vez dependem da organização económico-social, familiar, espiritual e da posição que o indivíduo ocupa no processo produtivo (Stenzel, Paranhos & Ferreira, 2012).

Logo torna-se necessário considerar o utente na sua globalidade, compreendendo não só os aspetos físicos, mas também os aspetos psicológicos, sociais e espirituais envolvidos na doença para que o profissional de saúde desenvolva uma visão humanizada ao prestar seu atendimento (Barros 2003, cit in Stenzel, Paranhos & Ferreira, 2012).

Na prática, para melhor adequação dos cuidados prestados ao utente disfágico o enfermeiro deve conhecer o utente e estudar seu processo de doença, tendo em conta que se trata de uma pessoa que antes de adoecer tinha uma vida estruturada, com objetivos e perspetivas. Conhecer os aspetos da vida do utente é fundamental para a compreensão das formas do utente e sua família lidarem com as questões da doença e seu tratamento (Valle 2001).

É importante conhecer o processo de adoecer, ressaltando aspetos como: surgimento da doença; manifestações iniciais; atitudes do doente e família perante a situação de doença; como o doente vivencia o processo de doença, e o significado que atribui às experiências vividas no decorrer da doença e seu tratamento; prognósticos e meios de apoio fora do círculo familiar, visto que este processo é afetado por fatores como Significado, Expectativa, Nível de conhecimento e competência, Ambiente, Nível de planeamento e Bem-estar emocional e físico (Valle 2001& Meleis, 2010).

O enfermeiro deve procurar entender as necessidades específicas decorrentes de cada etapa da doença, considerando os caminhos que o próprio utente aponta no que se refere

as suas necessidades, tendo em conta que nem sempre estas necessidades podem ser atendidas integralmente, e que nem sempre a possibilidade de atendimento destas está inserido no campo de atuação do enfermeiro, mas que é seu papel detetar, localizar e lidar adequadamente com estas necessidades, no sentido de conhece-las, compreende-las e nelas atuar terapêuticamente (Valle 2001).

Para alcançar o conhecimento completo do utente no seu processo de adoecer, suas necessidades e convicções, com vista a desenhar um plano de intervenções ajustado ao utente, este deve ser objeto de uma abordagem transdisciplinar, indo além do domínio das ciências exatas, abrangendo seus mitos, religião e crenças espirituais entre outros aspetos como arte e poesia, (carta da Transdisciplinaridade, 1994, artigo 5).

Em que cada profissional parte do seu conhecimento específico, tendo como meta alcançar o bem-estar global do utente, devendo este ser entendido em todas as suas dimensões, e para isso, todas as especialidades devem trabalhar de forma conjunta para que haja uma complementação de saberes e atuações (Neto 2013).

É necessário uma equipa multidisciplinar para prestar a devida assistência ao utente disfágico que se encontra no contexto hospitalar, onde inclui o fonoaudiólogo, otorrinolaringologista fisioterapeuta, nutricionista, enfermeiro, terapeuta ocupacional e psicólogo, com o objetivo de diminuir o mais rapidamente os riscos de complicações e preparar o utente para a reabilitação das sequelas (Inaoka, Albuquerque 2014).

Ainda nessa linha de pensamento Guedes, *et al* (2009) afirma que cabe ao enfermeiro identificar, avaliar, controlar e impedir as complicações relacionadas à disfagia.

Para Valle (2001) o otorrinolaringologista é responsável por diagnosticar a disfagia, definir a segurança da deglutição e a proteção da via aérea, definir a possibilidade da dieta por via oral, avaliar a necessidade ou não da sonda nasoenteral. De acordo de cada caso, ele deve também definir o melhor momento para reintroduzir ou suspender a dieta por via oral, indicando em alguns casos a necessidade da gastrostomia e/ou traqueostomia.

Do ponto de vista de Furkim, Manique e Martinez (1998) o fonoaudiólogo é o responsável pelo diagnóstico e pela reabilitação da disfagia, objetivando a melhora do quadro geral dos utentes independente da permanência do distúrbio, desde que os procedimentos utilizados visem a ingestão oral segura com manutenção das condições nutricionais e estabilização de comprometimentos pulmonares.

O terapeuta ocupacional define-se como o “facilitador do processo de reestruturação do indivíduo com relação às atividades de vida diária, por ações do cotidiano, dá condições, treina, supervisiona, analisando e adaptando o espaço físico, mobiliário, utensílios e instrumental necessários para serem utilizados” (Dyniewicz e Hoffmann, 2009).

O papel do psicólogo na avaliação do estado destes utentes, centrando a sua intervenção na ligação dos aspetos físicos com os aspetos psico-cognitivos. Os psicólogos apresentam o bem-estar, a saúde, a qualidade de vida e a plenitude do desenvolvimento pessoal como objetivos do seu exercício profissional, sendo fulcral, a colaboração entre os diferentes profissionais com saberes e competências distintas (Regulamento n.º 258/2011).

Segundo Rangel (1998) citado por Clara (2009) o nutricionista tem a função de supervisionar o estado nutricional do utente preparando um programa de nutrição adequado, de acordo com as características do utente, também informa o doente e/ou o seu cuidador sobre o modo de preparação dos alimentos, em função da sua dieta e das suas características.

O trabalho transdisciplinar deve comportar aspetos como rigor, abertura e tolerância, que constituem as características fundamentais da atitude e da visão transdisciplinar. O rigor na argumentação, que leva em conta todos os dados, é a barreira às possíveis distorções; a abertura comporta a aceitação do desconhecido, do inesperado e do imprevisível, e a tolerância faz referência ao reconhecimento das ideias e verdades contrárias às nossas (Carta da Transdisciplinaridade, 1994, artigo 14).

Logo a equipa transdisciplinar deve ter sua formação centrada nas necessidades do utente, não seguindo um modelo pré-organizado, pois são as necessidades do utente que conduzirá a interação entre estes diferentes profissionais para atender as suas necessidades, tendo em vista sempre a sua melhor condição de vida (Fossi e Guareschi, 2004, cit in, Stenzel, Paranhos e Ferreira, 2012).

## **Importância da Família ao Utente Disfágico**

O enfermeiro deve dar atenção especial a família pois quando mal informada pode até comprometer o estado de saúde do utente, oferecendo consistências de alimentos contra indicados aos utentes disfágicos e consequentemente complicar o estado de saúde do mesmo.

Segundo Paixão (2009) o enfermeiro tem a função de orientar os familiares em relação ao ambiente, posicionamento do utente, os materiais e utensílios a serem usados na alimentação, quantidade, temperatura e consistência do alimento com o objetivo de proporcionar uma deglutição segura e assim garantir o mínimo de complicações para a recuperação do utente.

Segundo Boundy (2004) “a família é considerada uma unidade primária de cuidado, pois ela é o espaço social onde seus membros se interagem, trocam informações, apoiam-se mutuamente, buscam e mediam esforços, para amenizar e solucionar problemas”.

A família têm a função de manter a integridade da mesma e dar respostas às suas necessidades, e ajudando os mesmos nas questões de saúde e proporcionando a estabilidade e a socialização. A saúde tem sido descrita como o estado ou processo da pessoa em interação com o ambiente, no qual a família representa um fator importante da matriz ambiental (Nóbrega & Garcia, 1992).

Boundy (2004, p.79):

“É visto portanto que é de fundamental importância que todos os familiares que convivem com estes utentes tenham conhecimento oferecido pelos profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros que durante a internação hospitalar terão um convívio maior com estes utentes sobre a doença, os sintomas apresentados por ela bem como os efeitos colaterais ocasionados pelo uso de medicações, o tratamento e o prognóstico para que haja uma melhor assistência prestada a esses utentes e, menos stress acarretado pelo papel de cuidador.”

## **Cuidados de enfermagem e disfagia**

### **Cuidados de enfermagem ao utente disfágico**

A disfagia quando mal atendida pode levar a consequências graves, logo é de extrema importância que o enfermeiro esteja dotado de conhecimentos e práticos e científicos necessários para o atendimento dos utentes disfágicos e consequentemente garantir e aumentar a qualidade de vida.

Do cuidado episódico, sintomático ao utente disfágico, passou-se há múltiplas opções tratamento e há um complexo recurso para controlo deste e dos seus sintomas (Giesser, 2016), exigindo uma avaliação cuidadosa desses utentes para determinação do

quadro clínico, e traçar medidas de intervenção. A avaliação cuidadosa de cada utente é essencial e não pode ser realizada por um indivíduo, mas sim deve ser realizada por uma equipa multidisciplinar.

Waldow (2004) afirma que, “o cuidado pode ser considerado como a conotação de atenção, preocupação para, responsabilidade por, observar com atenção, com afeto, amor ou simpatia. Em geral, o termo implica a ideia de fazer, de ação”.

À medida que novos tratamentos e uma melhor compreensão do processo de doença se desenvolveram, o papel do enfermeiro evoluiu. Hoje envolve enfermeiros altamente qualificados com um papel primordial na avaliação, diagnóstico e tratamento (Burke, Hooper, Barlow & Hatter, 2014) uma vez que a disfagia tem uma grande repercussão na vida do utente, o que exige intervenções e suporte de enfermagem (Burke, Dishon, McEwan & Smrtka, 2011).

A abordagem de enfermagem permite ajudar o utente a ajustar e adaptar-se às mudanças e sintomas assim como à progressão da doença, e capacitá-lo para viver a mais alta qualidade de vida possível (Giesser 2016), promovendo uma troca de informações detalhada com o utente sobre a disfagia, como pode mudar suas vidas no futuro e quais as opções de tratamento possíveis, incluindo abordagens complementares (Golla, Galunshko, Pfaff & Volts, 2011).

É importante que o enfermeiro ofereça apoio e que incute um sentimento de esperança no utente, porém este tipo de atenção prestado ao utente requer primeiro a construção de uma parceria enfermeiro-utente duradoura. Esta parceria é um aliance terapêutica baseada na confiança e no respeito mútuo (Morgant 2011), tornando-se essencial para o planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem, e deve ser estabelecida no diagnóstico ou na primeira consulta, pelo que deve ser contínua durante todo o espectro da doença (Giesser 2016).

O enfermeiro avalia continuamente as necessidades do utente a medida que evolui o estado da doença, envolvendo na educação sobre a doença e identificação de medos e preocupações que o utente pode ter em relação ao diagnóstico (Morgant 2011). Os utentes disfágicos têm os mesmos desejos como pessoas saudáveis, como individualidade, privacidade (...) identidade, relacionamentos e aceitação social, entretanto muitas vezes

experimentam o oposto, ou seja, uma aceitação social baixa... (Golla, Galunshko, Pfaff &Volts, 2011).

Para isso, o enfermeiro precisa adquirir a capacidade de compreender o utente, perante à complexidade de sua condição, sabendo ouvir, e as intervenções devem ter um carácter compreensivo e humanizado, respeitando a realidade e os sentimentos do utente (Corso, Gondim, D’Almeida & Albuquerque, 2013).

A disfagia acarreta grande comprometimento da qualidade de vida, tornando um importante fator de dependência parcial ou total. É nesta fase que o enfermeiro entra como pessoa cuidadora e figura de apoio, não só para o doente, mas também para a família. As intervenções do enfermeiro ao utente tem como princípio melhorara sintomatologia e melhorar/manter o nível ótimo de funcionamento. É neste âmbito que (Doengs, Moorhause & Murr,2014), (Farias, Bileu, Pires, & Marranita, 2015) e (travers,1999), em suas obras descrevem um conjunto de intervenções de enfermagem, que seguem abaixo transcritas:

- Recomendar participação em grupos de apoio que envolve aptidão, exercício e outras questões relacionadas com disfagia.
- Ajudar ou fornecer apoio para a manutenção das atividades da vida diária.
- Identificar ou rever fatores que afetam a habilidade do utente para estar ativo, tais como temperaturas extremas, insónia, hora do dia e aceitar quando o utente se sente incapaz de realizar atividades.
- Encorajar o utente para realização de um nível ótimo de atividades, no entanto não se deve apressar o utente.
- Fornecer assistência, mas sempre permitir que o utente seja o mais autónomo possível.
- Dar tempo suficiente para executar tarefas, e demonstrar paciência quando o utente é lento.
- Antecipar higiene e falta de cuidados. Calmamente ajudar com os cuidados das unhas, pele, cabelo, boca e com o barbear (usar barbeador elétrico) conforme necessário.
- Fornecer estratégia para promover a independência na alimentação. Como por exemplo, preparação e determinação da consistência dos alimentos.
- Avaliar o estado de nutrição e hidratação regularmente



- Providenciada uma deglutição segura através de posicionamentos, manobras terapêuticas e adequação da dieta
- Monitorização e observação do doente
- Manutenção e promoção do bem-estar
- Reavaliação periódica do doente de modo a que seja atualizado o plano de cuidados e implementadas medidas gerais de adaptação à disfagia.
- Capacitar a realização determinadas tarefas e compensar as disfunções residuais.
- Utilizar instrumentos na avaliação do grau de disfagia estabelecer uma intervenção ajustada às dificuldades de deglutição, contribuindo para evitar sequelas e complicações (pneumonia ou edema pulmonar) que podem advir da disfagia.
- Ajudar os doentes a readquirir as capacidades, de forma a desempenhar as suas Atividades de Vida Diárias
- Educar os doentes na sua rotina de saúde, reduzindo desta forma complicações
- Avaliar do doente para detetar a disfagia, qualificar a sua gravidade, determinar as causas e planejar o programa de reabilitação
- Desenvolvimento de um processo interdisciplinar que favoreça o planeamento, implementação e avaliação das medidas terapêuticas.
- Estabilizar o aspeto nutricional e eliminar os riscos de aspiração pulmonar e consequentes complicações
- Verificar a variação da saturação periférica de oxigénio, antes e após a ingestão de alimentos, por parte dos doentes;
- Auxiliar na redução do número de doentes disfágicos não identificados;
- Prevenir complicações clínicas e nutricionais;
- Observar a necessidade de avaliação específica;
- Aumentar a adesão e seguimento as recomendações e estratégias fonouadiológicas e intervir com meios compensatórios e orientação aos familiares e doentes;
- Reduzir o pedido de avaliação inapropriadas.
- Considerar a importância do status de dieta;

- Compreender e seguir as recomendações dos fonoaudiólogos e os restantes médicos;
- Estar familiarizado com a avaliação da disfagia;
- Ser sensível à necessidade de uma avaliação instrumental;
- Assegurar que a comunicação sobre a disfagia é preciso e disseminada entre os profissionais de saúde;
- Eles concluem que os resultados de gestão de disfagia negativos pode ser impedida e que os enfermeiros desempenham um papel crucial na prevenção deste.

## **Orientações de enfermagem**

Para uma melhor qualidade dos cuidados prestados, e para uma maior satisfação do utente, Coutinho *et al*, (2009), descrevem o conjunto de orientações de enfermagem que seguem:

- A alimentação deve ser realizada em local calmo e tranquilo; descrever isso mais
- A alimentação oral só deve ser realizada se o indivíduo estiver em estado de alerta;
- O indivíduo deve alimentar-se na posição de sentado, se possível, a 90º ou 45º,
- Os alimentos devem ser ingeridos em volumes pequenos;
- Devem ser ingeridos alimentos com uma única consistência, não combine alimentos sólidos e líquidos;
- Peça ao indivíduo que não fale enquanto mastiga ou deglute, evitar distração durante a alimentação;
- O indivíduo deverá manter uma boa higiene oral.

## **A enfermagem e os direitos do utente**

O utente, durante o seu tratamento, bem como no seu dia-a-dia como cidadão e pessoa saudável, usufrui de direitos, previsto na constituição da República, que devem ser respeitados, tendo sempre em conta que estes direitos terminam no mesmo ponto onde começam os direitos de Outrem. Nisto que o Ministério de Saúde de Cabo Verde (1999) defende que os utentes devem usufruir do direito da privacidade na prestação de qualquer

ato médico, de serem tratados com respeito e pela dignidade humana, receber cuidados apropriados ao seu estado de saúde e confidencialidade de toda a informação clínica.

Ainda falando nos direitos dos utentes, Balzer (2004), defende um conjunto de direitos que devem ser respeitados sob toda e qualquer circunstância, de entre os quais o autor reafirma o direito há:

- Direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde
- Direito de escolha
- Direito ao consentimento ou recusa
- Direito à proteção dos dados pessoais da vida privada
- Direito ao sigilo dos dados pessoais
- Direito à informação
- Direito à assistência espiritual e religiosa
- Direito a reclamar e apresentar queixa
- Direito de associação
- Direito dos menores e incapazes terem representantes legais
- Receber cuidados de enfermagem de enfermeiros que têm conhecimento do seu diagnóstico e tenham capacidade de proporcionar cuidados seguros e eficazes.
- Direito ao acompanhamento
- Confiar no sigilo em relação a qualquer confidência.
- Recusar ou autorizar a prestação de cuidados de enfermagem sem que a sua relação com o enfermeiro seja deteriorada.

### **Teórica de Marjorie Gordon (Padrões Funcionais de Saúde) e a Pessoa em situação de disfagia.**

Marjorie Gordon apresenta na sua teoria onze categorias denominadas de padrões funcionais de saúde. Este ao criar estes padrões teve como objetivo primário apoiar o enfermeiro aquando a elaboração de diagnósticos de enfermagem, esta mostra que estes

podem ser avaliados a partir da recolha de dados presentes no processo clínico, exames físicos e entrevista á própria pessoa.

Gordon mostra que estes 11 padrões funcionais envolvem padrões que não podem ou devem ser compreendidos isoladamente, pois devem interrelacionar-se, sendo eles familiares, individuais, entre outros. Sendo eles: Perceção /gestão de saúde, estado nutricional/metabolismo, sono e repouso, cognição e percepção, atividade e exercícios, eliminação, auto-percepção e auto conceito, papel e relacionamento, sexualidade e reprodução, coping/tolerância ao stress e crenças e valores quadro em anexo.

## **Capítulo II- Enquadramento metodológico**

## **Percurso metodológico**

Este capítulo apresentará o desenho metodológico utilizado no presente trabalho, pelo que debruçar-se-á sobre as questões metodológicas, para dar resposta aos objetivos já estabelecidos. Apresenta-se ainda neste capítulo o tipo de metodologia, a técnica e o instrumento de recolha de dados, a população alvo, amostra, a técnica de amostragem, as questões éticas de investigação e por fim a análise dos resultados obtidos através de guião de entrevista.

Qualquer trabalho de investigação pressupõe a seleção e utilização de métodos e técnicas de recolha de dados necessários para a corporificação do mesmo tratando-se de uma temática pertinente e vastamente complexa que requer uma maior atenção das unidades hospitalares.

No estudo de Fortin (2009), ele afirma que a fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação, é onde o investigador determinará a forma de proceder para obter as respostas das questões.

Na fase de metodologia, o investigador estabelece os métodos que vai utilizar para obter as respostas às questões de investigação aplicadas, sendo assim, escolhe um plano adequado com a determinação de um método, decide a via de colheita de dados e a análise dos mesmos, definindo também a população e a amostra a ser estudada.

Com o propósito de dar objeção a problemática de investigação, optamos por fazer a recolha de informações através da entrevista semiestruturada, o método de abordagem qualitativa bem como o método de revisão da bibliografia abarcando conteúdos relacionados aos conhecimentos dos enfermeiros do H.B.S em relação aos utentes com disfagia.

O público-alvo que será desenvolvida a pesquisa, foram enfermeiros do Hospital Baptista de Sousa (HBS). As entrevistas aos enfermeiros serão feitas de forma individual, no sentido de obter uma maior quantidade de informações.

A abordagem de investigação a ser feita será no sentido de desenvolver o conhecimento, descrever e interpretar os resultados obtidos, sendo assim, a metodologia qualitativa mostrou-se apropriada, que permitirá fazer um levantamento do conhecimento científico existente, bem como compreender de forma absoluta e vasta a minha problemática.

A revisão da literatura foi baseada em documentos relacionados com o tema em estudo, será executada com o intuito de obter uma base capaz de sustentar o projeto, dando-lhe material palpável e satisfatório para a pesquisa, demonstrando neste sentido as perspetivas de vários autores.

Com a finalidade de dar continuidade ao processo metodológico e complementar a informação existente consultou-se, também, literatura de referência acerca do tema, disponível no catálogo bibliográfico da instituição, procurando enriquecer a pesquisa, alargando-a a outras áreas científicas, não limitando exclusivamente à área de enfermagem proporcionando princípios teóricos que nos ajudarão na elaboração da fundamentação teórica e na interpretação dos dados recolhidos.

De forma a dar continuidade à pesquisa, estabeleceu-se um limite temporal de 18 anos - 1998 a 2016 -, tendo-se obtido diferentes resultados, consoante a associação dos diversos termos utilizados.

Esse mesmo método será importante, uma vez que consiste em fazer o registo e a análise crítica do conjunto de edições pertinentes sobre um fenómeno de investigação. No decorrer da revisão literária, o investigador avalia, em cada um dos documentos estudados, os conceitos em análise, as ligações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os documentos adquiridos.

## **Tipo de metodologia**

Para obter respostas validas a questão de investigação optou-se por um estudo de natureza descritivo, utilizando a metodologia qualitativa de carácter fenomenológico, onde tem por desígnio, a compreensão dos conhecimentos dos enfermeiros sobre a disfagia sendo que a população-alvo são os enfermeiros, que trabalham diariamente com utentes no serviço de medicina do Hospital Baptista de Sousa.

Trata-se de um estudo descritivo em que pretende-se descrever o fenómeno referente a amostra selecionada, de modo a determinar as características dessa mesma amostra, com o intuito de obter mais informações. Optou-se pelo método de abordagem qualitativa pois é uma metodologia que serve para compreender o sentido da realidade social,

na qual se regista a ação, tem por objetivo chegar a uma perceção ampliada dos fenómenos, ainda a abordagem qualitativa permite obter dado sobre os indivíduos estudados, descrevendo a sua experiência humana tal como ela é vivida e definida.

Esse estudo pretende descrever os conhecimentos, identificar as ações e verificar as dificuldades dos enfermeiros sobre os cuidados prestados a utentes disfágicos, pelo que optou-se pelo método de abordagem qualitativa pois é uma metodologia que serve para compreender o sentido da realidade social, na qual se inscreve a acção, tem por objectivo chegar a uma compreensão alargada dos fenómenos.

A fase metodológica é constituída pela abordagem, o tipo de pesquisa, os métodos de recolha de dados, a população-alvo, o campo empírico onde vai-se desenvolver a pesquisa e também as questões éticas.

É de considerar que o método de abordagem qualitativa tem o ambiente natural como a fonte direta para a recolha dos dados, mantendo contacto directo com o objecto de estudo em questão, nesse caso, torna-se uma mais-valia para o estudo uma vez que é utilizado no HBS, cenários de actuação de enfermagem para recolha de dados.

Este método tem como vantagens, gerar boas hipóteses de investigação, devido ao facto de se utilizarem técnicas como: entrevistas, observações minuciosas, e análise de produtos escritos (relatórios, testes, artigos, composições e livros).

O metodo de investigacao qualitativa tem como prosuposto uma compreensão absoluta e ampla do fenomeno em estudo, ele observe, descreve, interpreta e aprecia o fenomeno tal como ela apresenta. Convém referir ainda que o trabalho tem como pergunta de partida: Qual o conhecimento e a intervenção dos enfermeiros do serviço de medicina do Hospital Baptista de Sousa ao utente disfágico.

Esta abordagem qualitativa permite obter dado sobre os indivíduos estudados, descrevendo a sua experiência humana tal como ela é vivida e definida. Todos os passos de um trabalho de investigação são importantes, mas a recolha de informações é fundamental para a sua realização.



## **Instrumento de recolha de dados**

O instrumento de recolha de dados utilizado para a elaboração do estudo é um guia de entrevista com o objetivo de colher uma informação mais alargada possível, é de salientar que os inquiridos não mostraram disponibilidade para gravar entrevistas, justificando a falta de tempo, so aceitaram participar do estudo preenchendo o guia de entrevista, metodo que por sua vez trouxe alguns constrangimento ao estudo principalmente na discussão dos resultados.

Este método segundo Gil (1999) apresenta series limitações tais como: perguntas sem respostas, impossibilita o auxílio quando não é entendida a questão, dificuldade de compreensão pode levar a uma uniformidade aparente, o desconhecimento das circunstâncias em que foi respondido pode ser importante na avaliação da qualidade das respostas, durante a leitura de todas as questões, antes de respondê-las, uma questão pode influenciar a outra; proporciona resultados críticos em relação à objetividade, pois os itens podem ter significados diferentes para cada sujeito.

A entrevista é um processo de interação social, no qual o entrevistador tem a finalidade de obter informações do inquirido através de um roteiro contendo tópicos em torno da problemática que pretende estudar. Ela possibilita ao participante opinar sobre suas experiências em torno da problemática em estudo, permitindo respostas livres e espontâneas do participante. Essa pesquisa foi do tipo informal, com perguntas abertas, onde foi possível colher informações importantes para complementar o estudo pretendido.

Entendemos ainda como fundamental neste quadro metodológico:

- Aplicação e análise de instrumentos exploratórios (entrevista);
- Observação das intervenções efetuadas pelos enfermeiros aos utentes disfágicos;
- Pesquisa na internet, livros e artigos como forma de analisarmos a globalidade do tema.

## **Caraterização do campo empírico**

O estudo foi realizado no Hospital Doutor Baptista de Sousa, no serviço de medicina. Este serviço possui 38 leitos, distribuídos por 5 salas de internamento, sendo estes

dois para utentes do sexo masculino, dois para femininos, sendo por ultimo uma sala de isolamento misto, com uma media de 881 internamentos anual.

Ainda possui duas casas de banho distribuídos por sexo, uma sala de procedimentos, um gabinete de enfermagem, uma sala para preparação das terapêuticas, uma sala de procedimento, uma sala dos assistentes de serviços gerais, uma arrecadação, uma copa com refeitório, gabinete do médico responsável pelo serviço e uma secretaria.

A equipa multidisciplinar que nele trabalha é composta por médicos, fonoaudiologa estagiaria, enfermeiros, auxiliares de enfermagem prestando serviços por turnos, psicóloga que trabalham em período único e ajudantes de serviços gerais prestando serviços por turnos.

### **População alvo**

De acordo com Fortin (2009) “a população alvo refere-se á população que o investigador quer estudar com a intenção de fazer a generalização ou seja é um grupo de pessoas que tem características comuns e que permitem delinear a precisão do tema em estudo e assim obter dados junto de pessoas ou grupos homogénea”.

A população alvo será os enfermeiros do serviço de medicina do HBS, constituído por 15 enfermeiros. O estudo estabelecido foi constituída por oito (8) enfermeiros do serviço de medicina do HBS. Os critérios para inclusão no estudo foram: profissionais de enfermagem com experiência na no serviço de medicina no minimo cinco anos de trabalho, ambos os gêneros, licenciados e que aceitassem participar de livre e espontanea vontade no estudo.

Foram excluidos do estudo profissionais de enfermagem com tempo inferior a cinco anos de trabalho na enfermagem, que não tarbalham no serviço de medicina e, ou que não aceitem participar do estudo.

### **Dimensão ética e deontológica**

A pesquisa foi iniciada após a aprovação pela diretora do HBS em seguida pelo Comitê de Ética. Seguiu-se a resolução das normas regulamentadoras para pesquisa em seres humanos, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido de cada profissional. Todos os enfermeiros assinaram o termo de consentimento informado sem nenhuma imposição. No termo é explícito o objetivo do trabalho, como fins académicos onde se pretende respeitar a privacidade, o anonimato dos participantes sendo eles livres

para desistirem do estudo a qualquer momento sem que isso lhes causasse qualquer transtorno.

Para garantir a confidencialidade dos participantes desta investigação atribui-se um nome fictício há cada um, pelo que no decorrer do estudo serão citados como nomes das ilhas de cabo verde: Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, são Nicolau, Sal, Boa Vista, Maio e Santiago.

Durante as pesquisas realizadas, bem como no decorrer da elaboração do presente trabalho e de todos os contactos estabelecidos com os inquiridos, procurou-se sempre ter como o máximo respeito pelos procedimentos éticos, tais como a garantia dos direitos de autor - disposta no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos (CDADC) publicado pelo decreto-lei n.º 63/85 de 14 de março, - o direito à informação, ao sigilo e ao consentimento informado, conforme descrito por (Nunes, Amaral , & Gonçalves, 2005).

### **Capitulo III- Fase empírica**

## Apresentação e análise dos dados

Uma vez terminada a etapa da recolha de dados torna-se necessário efetuar a análise e a interpretação dos resultados dos mesmos, de acordo com a metodologia utilizada, com a transcrição das respostas e respetivas análises do conteúdo.

### Caracterização dos entrevistados

Participaram do estudo oito (8) enfermeiros do serviço de medicina de ambos os géneros com uma faixa etária compreendida entre os seguintes intervalos: vinte e oito (28) a cinquenta e dois (52) anos. Em referência as habilitações académicas todas são licenciadas. No que se refere ao tempo de trabalho enquanto enfermeiro, esta varia de cinco (5) a vinte e sete (27) anos de trabalho.

Caracterização socio demográfico

Quadro nº5. Caracterização socio demográfico

Nome Fictício	Género	Idade	Tempo de Trabalho	Grau académico
Santo Antão	Feminino	40	15	Licenciatura
São Vicente	Feminino	42	14	Licenciatura
São Nicolau	Masculino	52	21	Licenciatura
Santa luzia	Masculino	52	23	Licenciatura
Sal	Feminino	41	11	Licenciatura
Boa Vista	Feminino	32	8	Licenciatura
Maio	Masculino	50	27	Licenciatura
Santiago	Masculino	28	5	Licenciatura

Fonte: Elaboração própria

## **Apresentação dos resultados**

Para uma melhor compreensão e análise dos resultados colhidos através do questionário entendeu-se pertinente organiza-las em categorias:

1ª Categoria: Conhecimento gerais a respeito da disfagia por parte dos enfermeiros;

2ª Categoria: Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na atuação junto ao utente disfágico;

3ª Categoria: Assistência de enfermagem aos utentes disfágicos.

### **1ª Categoria: Conhecimento gerais a respeito da disfagia por parte dos enfermeiros.**

Em relação à primeira categoria pretende-se analisar a percepção dos enfermeiros sobre disfagia. Considerou-se importante esse conhecimento por parte dos enfermeiros, em que a percepção que se tem sobre disfagia, tem influência diretamente na atuação do enfermeiro. Nesse sentido entendeu-se ser pertinente dividir esta categoria em quatro (4) subcategorias, sendo a primeira a definição de disfagia, o segundo causa da disfagia, o terceiro sintomas de disfagia e por último as complicações do mesmo.

#### **II-Subcategoria: definição de disfagia**

Nesta subcategoria foi notável que todos os enfermeiros têm uma noção da disfagia. Ela é caracterizada pelos enfermeiros como sendo uma dificuldade na deglutição de alimentos tanto sólidos como líquidos. Assim da análise dos resultados feitos aos 8 Enfermeiros percebe-se que as respostas vão de encontro a bibliografia no que toca a definição de disfagia.

*“Disfagia é a dificuldade de deglutição de alimentos sólidos e líquidos.”* **São vicente e São Nicolau.**

*“Disfagia é a dificuldade de deglutição.”* **Santo Antão, santa Luzia, Sal, Boavista; Maio e santiago.**

O que constatou nessa subcategoria é que todos esses enfermeiros têm uma noção do que é a disfagia mas alguns apresentam um conhecimento mais aprofundado em relação ao conceito.

A disfagia pode ser entendida como qualquer alteração ou dificuldade de deglutição nomeadamente a transferência de saliva e dos alimentos quer sejam líquidos ou sólidos da boca pela faringe e o esófago até o estômago, podendo ser caracterizado de orofaríngea ou esofágica.

## **II- Subcategoria: Causas da disfagia**

No que se refere as causas da disfagia, de acordo com as informações colhidas pode-se afirmar que as causas da disfagia referidas pelos oito (8) participantes variam desde, AVC, traumatismo craniano, tumores de esófago e faringe, atrofia dos músculos da faringe, alterações neurológicas, redução do calibre do esófago, neoplasia do sistema nervoso central, causas psicológicas, estenose esofágica, alcoolismo, envelhecimento dos músculos da deglutição.

Assim da análise dos resultados obtidos aos 8 enfermeiros percebe-se que as respostas nem sempre vão de encontro com a bibliografia revisada eles não conseguiram dar uma resposta que englobasse os principais critérios que definissem as causas da disfagia. A disfagia pode ser de causa psicológica, induzidas por drogas, mecânicas e neurológicas.

De ordem mecânica: traumas da face, cancro da laringe, radioterapia. E de ordem neurológica, acidente vascular encefálico, traumatismo craniano, paralisia cerebral, Parkinson, alzheimer e miastenia gravis.

**Santo Antão** “ (...) *alterações neurológicas, doenças tumorais do esófago, AVC*”.

**São Vicente** “ (...) *Tumores, AVC, atrofia dos músculos da faringe*”.

**Santa Luzia** “ (...) *doenças neurológicas, AVC, traumatismo craniano*”.

**São Nicolau** “ (...) *Doenças neurológicas, cancro, envelhecimento dos músculos que atuam na deglutição, AVC*”.

**Sal** (...) “ *Causas psicológicas, carcinoma, estenose esofágica ou orofaringe, atrofia dos músculos da deglutição.*”

**Boa vista** “ (...) *AVC, tumores do esófago*”.

**Maio** “ (...) *Neoplasias, AVC, alcoolismo, distrofia muscular*”.

**Santiago** “ (...) Tumores do esófago ou da faringe, redução do calibre do esófago, AVC, traumatismo craniano, neoplasias do sistema nervoso central”.

Constatou-se que os enfermeiros apresentam um conhecimento muito básico em relação as causas da disfagia, alguns dos enfermeiros demonstram estar mais preparados do que outros e não existe um conhecimento unanime entre eles.

A disfagia pode ser de origem orofaríngea derivada: causas anatómicas, neurológicas, musculares, discinesia e distonia tardias e xerostomia, anomalias altas, doenças neuromusculares, lesões estruturais localizadas, distúrbios do esfíncter esofágico superior. Ou pode ser de origem esofágicas causadas: anomalias, distúrbios neuromusculares ou da motilidade, lesões mecânicas intrínsecas, lesões mecânicas extrínsecas.

### **III- Subcategoria: Sintomas da disfagia**

Entendeu-se que seria importante identificar a percepção dos enfermeiros no que toca aos sintomas do utente disfágico. Deste modo os enfermeiros têm que estar cientes destes sintomas, para atuar de uma forma rápida e de modo a aliviar e elimina-los.

**Santo Antão** “ (...) regurgitação nasal, tosse durante a deglutição resultante de uma anormalidade na transferência do bolo alimentar da cavidade oral para o esófago”.

**São Vicente** “ (...) dificuldade em deglutir, dor, náuseas, vômitos, perda de peso e dispneia”.

**Santa Luzia** “ (...) Regurgitação nasal, tosse durante a deglutição, e algum distúrbio neurológico”.

**São Nicolau** “ (...) Dificuldade em deglutição, regurgitação dos alimentos (nasal e oral), tosse, engasgo e perda de peso”.

**Sal** “ (...) Dor, regurgitação e vômito”.

**Boa vista** “ (...) Tosse, regurgitação e odinofagia”.

**Maio** “ (...) Dor ao comer, regurgitação nasal, tosse, expulsão dos alimentos, aumenta o tempo e duração em deglutir e baba”.

**Santiago** “ (...) Dificuldade na deglutição, salivação excessiva, rouquidão, engasgos frequentes e dificuldade para falar”.



Os sinais mais comuns da disfagia são: engasgos tosse, regurgitamento nasal, resíduo alimentar na cavidade oral, alteração vocal, emagrecimento, recusa alimentar, preferência por alimentos macios e pastosos.

## **V- Subcategoria: Complicações das disfagias**

Relativamente a esta categoria em que pretende conhecer as complicações da disfagia por parte dos participantes, nem todos eles responderam de uma forma clara, as respostas nem sempre foram de acordo com a bibliografia revisada sendo que as complicações da disfagia são: desnutrição, desidratação, pneumonia aspirativa e morte.

**Santo Antão** “ (...) *Fragilidade do paciente, regurgitação da comida, tosse e complicações pulmonares*”.

**São Vicente** “ (...) *Traqueostomia, desidratação, depressão e gastrostomia:*”

**Santa Luzia** “ (...) *Sangramento, náuseas, vômitos e dor*”.

**São Nicolau** “ (...) *As complicações são das doenças que provocaram a disfagia*”.

**Sal** “ (...) *Gastrostomia*”.

**Boa vista** “ (...) *Aspiração bronco pulmonar, desidratação, subnutrição, lesão na laringe e pneumonia aspirativa*”.

**Maio** “ (...) *Pneumonia de aspiração*”.

**Santiago** “ (...) *Pneumonia aspirativa e desnutrição*”.

A disfagia pode levar a complicações clínicas muito sérias, como a pneumonia aspirativa, desnutrição, desidratação, e até mesmo a morte, logo os enfermeiros devem estar preparados adequadamente para prestar os cuidados de forma correta e atempadamente com o objetivo maior de salvaguardar o estado de saúde do utente.

## **2ª Categoria: Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na atuação junto ao utente disfágico.**

### **I-Subcategoria: Sentir-se preparado para prestar cuidados aos utentes disfágicos?**

Relativamente a essa subcategoria pretendia saber se os enfermeiros se sentiam preparados, para prestar cuidados aos utentes disfágicos. Todos enfermeiros dizem sentirem-se preparadas para atenderem pessoas com distúrbio de deglutição.

**Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, São Nicolau, Sal, Boa vista, Maio, Santiago“ (...) Sim”.**

Com a análise das entrevistas foi possível constatar que a maior parte dos enfermeiros entrevistados não estão totalmente preparados para prestar cuidados aos utentes disfágicos, visto que todos afirmam nunca ter recebido nenhuma formação na área, e de acordo com as respostas dadas nas alíneas anteriores.

**II-Subcategoria: Formação recebido pelos enfermeiros em relação aos cuidados de enfermagem utentes disfágicos.**

Relativamente a essa subcategoria pretendia saber se os enfermeiros dispõem de alguma formação nos distúrbios de deglutição, tendo em conta que as intervenções de enfermagem relacionados com o compromisso de deglutição são suscetíveis de produzirem ganhos na saúde do utente, com melhoria de qualidade do atendimento e consequentemente na qualidade de vida dos utentes.

Os participantes referem nunca terem participado em qualquer formação nesta área, reforçando a importância de formações específicas para um cuidado de enfermagem de melhor qualidade nessa área específica. De acordo com a bibliografia revisada é possível afirmar que as atividades de educação continuada, efetivamente desenvolvidas, se constituem em uma das formas de assegurar a manutenção da competência do profissional de enfermagem em relação à assistência ao utente disfágico.

**Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, São Nicolau, Sal, Boa vista, Maio, Santiago“ (...) Não”.**

**III-Subcategoria: Necessidade do enfermeiro de ter uma formação dos distúrbios da disfagia.**

Nesta subcategoria pretende-se questionar se os enfermeiros sentem a necessidade de uma formação nos distúrbios de deglutição. A maioria dos enfermeiros afirmam ter necessidade de ter uma formação na área, reforçando a importância de formações específicas para um cuidado de enfermagem de maior qualidade.

**Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, Sal, Boa vista, Maio, Santiago “ (...) Sim.”**

**São Nicolau “ (...) Não”.**

Baseando na análise nos impactos que a disfagia tem na saúde e na qualidade de vida do ser Humano é de extrema importância que a equipa de enfermagem que preste cuidados aos utentes disfágicos deve estar qualificada para melhor prevenir complicações clínicas e nutricionais para uma melhor abordagem ao utente disfágico.

De acordo com a bibliografia revisada uma equipa de enfermagem habilitada, é capaz de observar a necessidade de avaliação específica, aumentar a adesão e seguimento às orientações fonoaudiológicas, redução do número de doentes com disfagia não identificados, e intervir com meios compensatórios e orientação aos familiares e utentes.

### **V-Subcategoria: Existência de um protocolo aos utentes disfágicos.**

Relativamente a essa subcategoria pretendia questionar sobre a existência de um protocolo de atuação junto ao utente disfágico neste serviço. Todos os enfermeiros afirmam que não existe um protocolo no serviço para poder atuar junto ao utente disfágico.

**Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, São Nicolau, Sal, Boa vista, Maio, Santiago “ (...) Não”.**

De acordo com a bibliografia revisada a atuação da enfermagem junto aos utentes disfágicos, seguindo um protocolo devidamente elaborado permite uma melhor atuação do enfermeiro e consequentemente uma melhor qualidade no estado de saúde do utente.

### **3ª Categoria: Assistência de enfermagem aos utentes disfágicos.**

#### **I-Subcategoria: Dar orientações aos utentes disfágicos e aos familiares.**

Relativamente a essa subcategoria pretendia-se saber se os enfermeiros costumam dar orientações aos utentes e aos respetivos familiares. Pouco desses participantes afirmam dar orientações, a maioria afirma que não justificando a falta de tempo, um número muito baixo afirma ser de competência do médico assistente esta responsabilidade outros afirmam dar orientações quando for necessário e se tiver tempo disponível.

**Santo Antão** “ (...) *As vezes. Orientação sobre higiene oral, em caso de tosse ou engasgo parar a alimentação, posicionar sentado ou de cabeceira elevada na hora da alimentação, alimentar-se sem pressa e sem encher o colher, se tiver dentadura retira-la para limpar, retirando todos os restos de alimentos da cavidade oral prevenindo aspiração do mesmo.*

**São Vicente, São Nicolau, Maio** “ (...) *Não*”.

**Sal** “ (...) *As vezes. Quando for necessário e tempo disponível*”.

**Boa vista** “ (...) *Sim. Para comer devagar, mastigar muito bem os alimentos, quanto aos familiares tenham cuidado de não alimenta-lo.*

**Santiago** “ (...) *Sim. Cuidados na alimentação, para evitar possíveis complicações no seu tratamento*”.

**Santa Luzia** “ (...) *isso cabe ao médico assistente a dar essa informação*”.

É de salientar que uma das funções do enfermeiro que preste cuidados aos utentes disfágicos é de intervir com meios compensatórios e orientação aos familiares e utentes, levando em consideração que o enfermeiro é o profissional que passa maior tempo com os utentes, logo um enfermeiro capacitado é capaz de orientar esses utentes e seus familiares.

O enfermeiro é responsável por orientar os utentes e familiares nos seguintes aspetos: a alimentação deve ser realizada em local calmo e tranquilo, a alimentação oral só deve ser realizada se o indivíduo estiver em estado de alerta, o indivíduo deve alimentar-se na posição de sentado, se possível, a 90<sup>0</sup>, os alimentos devem ser ingeridos em volumes pequenos, devem ser ingeridos alimentos com uma única consistência, não combine alimentos sólidos e líquidos e peça ao indivíduo que não fale enquanto mastiga ou deglute.

**II-Subcategoria: Procedimentos do enfermeiro apos identificar os sinais de disfagia.**

Relativamente a essa subcategoria pretendia saber quais os procedimentos realizados pelos enfermeiros ao identificar os sinais de disfagia no utente. Onde praticamente todos eles concordam em dar a conhecer ao médico assistente.

**Santo António** “ (...) *Dar conhecimento ao medico assistente e seguir os procedimentos necessários*”.

**São Vicente** “ (...) *Orientar o paciente e familiares e medidas de adaptação a doença*”.

**Santa Luzia** “ (...) *Encaminhar o utente ao médico e ao fonoaudiólogo*”.

**São Nicolau** “ (...) *De acordo com a causa, pode alimentar-se normalmente e avaliando ou também colocar sonda nasogastrica*”.

**Sal** “ (...) *Acompanhamento do utente para poder lidar com a patologia*”.

**Boa vista** “ (...) *Informar o médico assistente, consultar o processo do doente para ver o diagnóstico atual e a sua história anterior*”.

**Maio** “ (...) *Encaminhar para um especialista*”.

**Santiago** “ (...) *Avisar o médico assistente*”.

Comunicar ao médico assistente, e também ao fonoaudiólogo caso for possível, fornecer estratégia para promover a independência na alimentação, avaliar o estado de nutrição e hidratação regularmente, providenciada uma deglutição segura através de posicionamentos, manobras terapêuticas e adequação da dieta, monitorização e observação do doente, e manutenção e promoção do bem-estar, utilizar instrumentos na avaliação do grau de disfagia estabelecer uma intervenção ajustada às dificuldades de deglutição, contribuindo para evitar sequelas e complicações (pneumonia ou edema pulmonar) que podem advir da disfagia.

Educar os utentes na sua rotina de saúde, reduzindo desta forma complicações, avaliar do doente para detetar a disfagia, qualificar a sua gravidade, determinar as causas e planear o programa de reabilitação, estabilizar o aspeto nutricional e eliminar os riscos de aspiração pulmonar e consequentes complicações, verificar a variação da saturação periférica de oxigénio, antes e após a ingestão de alimentos, por parte dos doentes, realizar ensinamentos, indicando o tipo de alimentos e a sua consistência, para que sejam mais facilmente

deglutidos, auxiliar na redução do número de doentes disfágicos não identificados e prevenir complicações clínicas e nutricionais.

### **III- Subcategoria: Durante o turno tem tempo para acompanhar a alimentação dos utentes e identificar os sintomas.**

Pouco dos enfermeiros afirmam disponibilizar de tempo suficiente para orientar na alimentação do utente e identificar os sinais e sintomas caso for necessário, a maioria dos enfermeiros afirmam não disponibilizar de tempo necessário para todas essas tarefas, sugerindo que existe falta de mais enfermeiros devido ao número elevado de utentes nesse serviço.

**Santo Antão** “ (...) *Alimentação faz parte do nosso trabalho e conseguimos identificar os sinais e sintomas da disfagia*”.

**São Vicente** “ (...) *No nosso serviço é um pouco difícil devido ao número de utente e o número de profissionais disponíveis*”.

**Santa Luzia** “ (...) *Não. O enfermeiro não tem tempo devido ao grande número de doentes internados e com outras patologias as vezes graves e outras em fase terminal*”.

**São Nicolau** “ (...) *Sim o enfermeiro tem tempo*”.

**Sal** “ (...) *De acordo com a nossa atuação essa tarefa é feita em partes*”.

**Boa vista** “ (...) *Nem sempre, principalmente no setor de medicina o enfermeiro trabalha com sobrecarga de tarefa*”.

**Maio** “ (...) *Não*”.

**Santiago** “ (...) *Sim, uma vez que é a responsabilidade do enfermeiro em ajudar, acompanhar e orientar na alimentação do utente*”.

Cabe ao enfermeiro orientar o utente e seus familiares sobre a higiene oral, a dieta prescrita pelo nutricionista, o posicionamento durante e após a deglutição, alertar sobre os sinais e sintomas, verificar a variação da saturação periférica de oxigénio antes e após a ingestão de alimentos e reduzindo desta forma as complicações.

Orientar sobre a postura ao alimentar-se deve ser à 90° e em caso de acamado 45°, permanecendo ao menos 30 minutos após a alimentação; não comer sonolento e quando fala, mastigando bem e adequar sempre que possível as consistências da dieta.

## **Discussão dos resultados**

Tendo atingido esta etapa do trabalho monográfico, é ainda necessário proceder as conclusões e algumas reflexões acerca da temática em estudo: **Conhecimento dos Enfermeiros de medicina do HBS sobre a assistência ao Utente Disfágico.**

Respondendo à pergunta de partida “Qual o conhecimento e intervenção dos enfermeiros do serviço de medicina do Hospital Baptista de Sousa ao utente disfágico?” De acordo com as informações recolhidas junto dos enfermeiros pode-se concluir que os enfermeiros não dispõem de um conhecimento unanime entre eles sobre o assunto.

Para aprofundar e efetuar uma análise crítica dos dados analisados e tratados, achou-se pertinente fazê-lo através dos objetivos de investigação delineados para o estudo. Desta forma com os dados obtidos tentar-se-á, dar resposta a cada um, permitindo assim apontar estratégias para colmatar alguns constrangimentos detetados ao longo do estudo e dar cumprimento aos objetivos formulados.

- Descrever o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a assistência de enfermagem ao utente disfágico no HBS.

Os enfermeiros revelam-se, um elemento importante para intervir junto ao utente disfágico no sentido de promover a qualidade de vida, pois desempenham um papel fundamental na equipa de atendimento onde suas intervenções passam pela identificação precoce da disfagia, prevenção de complicações clínicas e nutricionais, entre outros.

A partir da análise do conteúdo elaborado, constatou-se que, os enfermeiros apresentam um conhecimento unânime sobre a definição da disfagia, (apesar de apresentarem um conceito básico) pois definem disfagia como sendo qualquer dificuldade de deglutição de alimentos sólidos e líquidos.

Evidenciou-se ainda uma grande discrepância de conhecimento no que tange aos diversos aspetos envolvidos na disfagia (tais como as causas, sintomas e as complicações), pois além de apresentarem níveis diferenciados do conteúdo de resposta, também apresentaram terminologias completamente diferentes e em alguns casos inadequados.

No decorrer da investigação constatou-se que os sinais e sintomas da disfagia apontados pelos participantes são: engasgo, tempo aumentado na alimentação, tosse, tosse durante a



deglutição, refluxo nasal, perda de saliva e de alimentos pela boca foi referido também dificuldade na deglutição mas sem mencionar a que nível.

Das etiologias da disfagia enumeradas pelos enfermeiros vão desde tumores de cabeça e pescoço, transtornos musculares, transtornos neurológicos, é de salientar que os enfermeiros não dispõem de uma opinião unanime sobre as etiologias da disfagia.

No que tange as complicações da disfagia, nem todos os enfermeiros conseguiram identificar de uma forma geral as complicações, levando em conta que houve casos de enfermeiros que não enumeram nenhuma complicação da disfagia ou enumerou complicações que não condiziam com bibliografia revisada, dentro das complicações da disfagia foram enumerados: pneumonia de aspiração, desidratação e desnutrição.

Apurou-se ainda que nem todas as respostas foram de acordo com alguns autores que trabalharam a mesma temática e que os enfermeiros que participaram no estudo não dispõem de um conhecimento unanime e uniforme sobre a temática, levando o investigador a interrogar se as causas, sintomas e complicações que não foram enumerados, não são do conhecimento dos enfermeiros ou por pensarem que seriam menos relevantes.

- Identificar as ações de enfermagem utilizadas para favorecer os cuidados ao utente disfágico.

Os resultados das entrevistas permitiu ao investigador observar que os profissionais da equipe de enfermagem estudados, quando indagados sobre as ações de enfermagem ao utente disfágico, mostraram um conhecimento técnico-científico referente ao assunto, um pouco distante com a literatura pois uns afirmam que cabe ao enfermeiro participar da orientação do utente principalmente na alimentação, e outros afirmam que essa tarefa é de responsabilidade médica. Assim pode-se novamente constatar que o procedimento e o manejo da disfagia não é um consenso por parte da classe entrevistada. Também justificaram que a falta de tempo e de recursos humanos não permite tal prática, visto que são muitos utentes para poucos enfermeiros.

- Verificar as dificuldades (sentidas pelos enfermeiros) na prestação de cuidados ao utente disfágico.

É de salientar que o conhecimento profundo sobre a disfagia é o subsídio a prática e as tomadas de decisões durante a assistência de enfermagem de qualidade ao utente

disfágico. Considera-se fundamental a padronização da assistência de enfermagem ao utente disfágico para que a equipe execute suas funções, através do cuidado especializado e da observação criteriosa, quer em relação às respostas e reações do utente, quer também na prevenção de complicações.

A disfagia pode levar a complicações clínicas muito sérias, como a pneumonia aspirativa, desnutrição, desidratação, e até mesmo a morte, logo os enfermeiros devem estar preparados adequadamente para prestar os cuidados de forma correta e atempadamente com o objetivo maior de salvaguardar o estado de saúde do utente.

Os resultados do estudo demonstraram que os enfermeiros nunca participaram em nenhuma formação do género, praticamente todos afirmam que necessitam de formações, também todos afirmam que atuam junto ao utente disfágico sem nenhum protocolo devidamente recomendado. Como foi mencionado em outros estudos a especialização de enfermagem em distúrbios de deglutição, elaboração, implantação de diretrizes e protocolos baseados em evidências científicas são de extrema importância para atuar da melhor forma junto ao utente disfágico. Diga que nenhum deles tem especialidade em disfagia são enfermeiros generalistas e tem acumulo de funções e isso acaba por limitar a intervenção!

Em pesquisas anteriores confirmaram que a integração dos conhecimentos da fonoaudiologia e da enfermagem pode resultar no desenvolvimento de diretrizes e protocolos de apoio aos enfermeiros e assim promover medidas básicas de qualidade ao utente disfágico. Ainda estudos mostram que as formações de ensino continuado, efetivamente desenvolvidas, se constituem em uma das formas de assegurar a manutenção da competência do profissional de enfermagem com o objetivo de elevar a qualidade dos cuidados ao utente disfágico.

É de extrema importância ressaltar que o fato do investigador ter mudado a forma de levantamento dos dados, por condições de participação impostos pelos próprios enfermeiros, dificultou as conclusões. Isso porque os enfermeiros optaram por responder por escrito, devido a falta de tempo, e isso trouxe algumas desvantagens ao estudo, pois caso o investigador estivesse presente seria possível reformular as questões, certificar e solicitar maior esclarecimento e incentivar respostas mais completas a fim de ter uma melhor contribuição por parte dos enfermeiros que por sua vez garantiriam conclusões mais concretas.

Com a análise prova que foi alcançada o objetivo do trabalho que pretendia analisar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre cuidados prestados aos utentes disfágicos no serviço de Medicina do HBS. Assim, chegamos ao fim da discussão dos resultados obtidos, constatou-se que nem todas as respostas foram de acordo com alguns autores que trabalharam a mesma temática e que os enfermeiros que participaram no estudo não dispõem de um conhecimento unanime e uniforme sobre a temática.

## Considerações finais

Chegado a fase final deste trabalho, pode-se afirmar que o tema é de extrema importância/relevância porque permitiu ao investigador aprofundar os conhecimentos. O enfermeiro tem de estar capacitado visto que é ele que cuida e passa a maior parte do tempo juntos dos utentes assistindo, orientando e avaliando a evolução do quadro clínico do utente para que se possa aplicar mudanças ou alteações caso seja necessário.

A escolha do tema foi de encontro com o interesse pessoal, e a curiosidade despertada durante os ensinamentos clínicos realizados no Hospital Baptista Sousa (HBS), onde o interesse por esta temática emergiu pelas questões intrinsecamente ligadas ao cuidado de enfermagem aos utentes, nomeadamente à alimentação e hidratação do indivíduo.

Muitos são os questionamentos que surgiram em torno dessa temática, pois a disfagia quando mal atendida pode levar a consequências graves, como a desidratação, desnutrição, pneumonias aspirativas e por fim a morte. Pode-se entender que a falta de condições para se alimentar por via oral, em segurança, impede os utentes de ter alta hospitalar, logo há um aumento do tempo de internamento, que aumenta o risco do utente se contaminar com infeções nosocomiais gerando assim maiores custos ao Hospital.

Respondendo à pergunta de partida “Qual a perceção dos enfermeiros do serviço de medicina do Hospital Baptista de Sousa sobre os cuidados de enfermagem nos utentes disfágicos” pode-se concluir que os enfermeiros entrevistados do serviço de Medicina do H.B.S, apresentam de um modo geral, um conhecimento superficial sobre a temática, tendo em conta a complexidade teórica e prática necessária para atuação na disfagia. O estudo evidenciou ainda grande discrepância de conhecimento sobre a disfagia na classe de enfermagem, demonstrando assim, necessidade de formações de capacitação e atualização com o objetivo de aumentar a qualidade de atendimento e consequente qualidade de vida dos utentes disfágicos.

Apesar dos resultados obtidos no estudo terem sido relevantes no sentido de rever a abordagem de enfermagem sobre o tema, é importante realizar mais estudos com uma amostra maior e mais diversificada, a fim de se chegar a resultados mais abrangentes e com maior nível de representatividade da atuação da classe de enfermagem nos disfágicos. Só assim será possível chegar a conclusões mais concretas que servirão de motivação para os enfermeiros e de alerta para as entidades competentes no sentido de atualizar e aperfeiçoar

o cuidado de enfermagem aos utentes disfágicos e consequentemente melhorar a qualidade de vida do utente disfágico.

## **Propostas**

Durante todo o processo de investigação várias são as áreas, em que se encontram lacunas e assim se desenvolvem propostas para tentar solucionar o problema em questão e consequentemente proporcionar uma melhor capacitação e atuação perante a disfagia.

- Proporcionar aos enfermeiros formação na área dos distúrbios de deglutição, e assim capacitá-los para melhorar o atendimento destes utentes;
- Aumentar o número de enfermeiros no serviço de medicina, e consequentemente diminuir o número de utentes para cada enfermeiro e assim melhor a qualidade de atendimento;
- Elaboração de um protocolo devidamente validado para atuação do enfermeiro ao utente disfágico;
- Implementar atividades de educação continuada ministrada por fonoaudiólogos.

## Referências bibliográficas

Araújo, D. R., Bicalho, I. C., e Di Francesco, R. (2005), *disfagia em Pacientes Portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida* Janeiro/ Março Rev CEFAC, pág. 9-42.

Argente, H. E., & Alvarez, M. E. (2008), *fisiopatologia Semiotécnica Propodeutica Aulas Baseado no Paciente*. Buenos Aires: Panamericana. Antunes Michele, (2010), *treinamento da equipe de enfermagem no cuidado do doente com disfagia orofaríngea na unidade de terapia intensiva: uma proposta de educação continuada*, Dissertação de mestrado, universidade de Ciências Médicas da Santa Casa, São Paulo, disponível em: <http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Pos-graduacao/dissertacoes-e-teses/ciencias-da-saude/2010/2010-Michele-Fernanda-C-Antunes.pdf>, acessado em 3/09/2016.

Assad L.G. e Viana Lígia O, (2003), *saberes práticos na formação do enfermeiro* Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília vol.56 nº1 pág.44-47.

Barros Ana P. B., Portas Juliana G e Queija Débora S. (2009), *implicações da traqueostomia na comunicação e na deglutição*, Rev. Brasileira. Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Julho / Agosto / Setembro vol. 38, nº 3, pág.202 - 207.

Bajay, H. M., Fuclolin, M. I., & Rogunte, M. M. (1991), *assistencia Ventilatoria Mecanica. Papel da Enfermagem na Ventilacao Mecanica*, pág.71-74.

Burnie D. (1996), *dicionário do corpo humano*, Dorling Kindersley, avenida Doutor Antunes Guimarães, pág. 37-40. ISBN- 972 26 11 64.

Bretan.O. (1998), *estados emocionais e disfagia: disfagia de origem psicogenica*, In Filho, E. M., Pissani, J. C., Carneiro, J., Gomes , G., & Kleiner , M.. *DISFAGIA Abordagem multidisciplinar* ,Curitiba: Frontis Editorial pág.35-42.

Burke, t, Dishon, s., Mcewan, l. Smrtka, j. (2011). *The evolving role of the MS nurse: an international perspective*, International Journal of MS Care, vol.53 nº 8.

Burke Therese, Hooper Kaye, Barlow Sharon, Hatter Louise (2014), *clinical update: Multiple sclerosis* Canadian Journal of Neurological Sciences vol. 9 nº3.

Bulechek, J. C. (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*, 3º Edição. Porto Alegre: Arteme.

Cecagno D, Soares DC, Siqueira HCH, Cecagno (2006), *incubadora de aprendizagem: uma nova forma de ensino na Enfermagem/Saúde*. Rev. Brasileira de Enfermagem Nov. Dez. vol.59 nº6, pág. 808-811.

Carreia F.M.A César e Steemburgo Thais (2010), *manejo nutricional do paciente disfágico* in Geraldo P, Angelis Elisabete C e Barros Ana P. B, *tratado da deglutição e disfagia no adulto e na criança*, (pp 360-363), revinter Ltda. Rio de Janeiro. ISBN: 978.85.372.0218.0.

Cardoso, A. T., Raínho, J. C., Quitério, P. M., Cruz, V., Magano, A. O., e Castro, M. (2011), *avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC– Revisão sistemática*. Revista de Enfermagem Referência, pág.135-143.

Clara, M. C. (2009), *evolucao do Estado Nutricional num Doente com Disfagia no pós AVC*. Porto: Faculdade de Ciencias da Nutricao e Alimentacao.

Collins, V. J. (1998), *Princípios de Anestesiologia . Anestesia Endotraqueal:- Considerações Basicas* , pág. 254-71.

Cuenca, R. M., Sousa, G. D., de Sousa, L. Q., da Motta, V., Lima, M. A., e Garcia, C. d. (2007), *síndrome disfágica*. Março, pág.116-118.

Corso Nair, Gondim Ana, D’Almeida Patricia e Albuquerque Maria, (2013), *nursing care systematization for outpatient treatment care of patients with multiple sclerosis* Rev Esc Enfermagem USP DOI: 10.1590/S0080-623420130000300032.

Carta da transdisciplinaridade (Adotada no primeiro Congresso Mundial da Transdisciplinaridade, (1994), Convento de Arrábida, Portugal, 2 a 6 de Novembro.

Cardoso Anabela T, Raínho José M. C. Quitério Patrícia C. M, Cruz Vítor; Magano Aldiro M. O. Castro Manuela (2011), *non-invasive dysphagia screening for stroke survivors Systematic review Evaluation clinic no invasive de dysphagia en el ACV – Revision systematic*. Revista de enfermagem III Série - nº 5 - Dezembro, pág.135-143.

Carvalho Carlos R. R. (2006), *pneumonia associada à ventilação mecânica* jornal Brasileiro Pneumologia São Paulo, vol.32 nº4.

Cioatto Karenina A e Zanella Nádia A. (2015), *conhecimento da enfermagem sobre assistência ao paciente disfágico no hospital regional do sudoeste do paraná*, Saúde, Santa Maria, Vol. 41, nº1, Jan./Jul, pág.65-76. ISSN: 0103-4499.



Davim, R.M.B. Torres, G.de V. Santos, S.R. (1999), *educação continuada em enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escola*. Revista. Latino-am. Enfermagem, Ribeirão Preto, Dezembro, vol.7, nº 5, p. 43-49.

Dantas.R.O. (1998), *Disfagia orofaringe*, In Filho, E. M., Pissani, J. C., Carneiro, J., Gomes , G., & Kleiner , M.. *Disfagia Abordagem multidisciplinar* (pp. 7-14). Curitiba: Frontis Editorial.

Doengs Marilyn E., Moorhouse Mary Frances e Murr Alice C. (2014) *Nursing care plan: Guideline for individualizing client care across the life span*, 9ª Edição, Philadelphia, F A Davis Company ISBN:13:978-0-8036-3041-3.

Dondorf Kaitlin, Fabus Renee e Ghassemi Akhtar, (2016), *the interprofessional collaboration between nurses and speech-language pathologists working with patients diagnosed with dysphagia in skilled nursing facilities, gardencity*, Sciedu Press, Abril Vol. 6, nº.4, pág.17-20 ISSN 1925-4040.

Edmiaston Jeff, Conno Lisa T. Loehr Lynda e Nassief Abdullah, (2010), *validation of a dysphagia screening tool in acute stroke patients*. American journal of critical care, Julio volume 19, nº. 4, pág.357-364. Doi: 10.4037/ajcc2009961.

Eduarte Walker e Zetter Jotz (2010), *Aspiração* in Geraldo P, Angelis Elisabete C e Barros Ana P. B, *tratado da deglutição e disfagia no adulto e na criança*, (pp 287-291), revinter Ltda Rio de Janeiro. ISBN: 978.85.372.0218.0.

Estrela Fabiana, Motta Lígia e Elias S. Vanessa (2010), *deglutição e processo de envelhecimento* in Geraldo P, Angelis Elisabete C e Barros Ana P. B, *tratado da deglutição e disfagia no adulto e na criança*, (pp 54-58), revinter Ltda. Rio de Janeiro. ISBN: 978.85.372.0218.0.

Ferreira, C. P., Lopes , D. M., & Limonge, S. C. (2004), *Tratado de Fonaudiologia*. São Paulo: Roca LTda, pág.405-413. ISBN: 85-7241-550-5.

Filho, E. D., Macedo, S. R., Jurkiewicz, A. L., & Abdulmassih, E. M. (12 de Março de 2009). *Evolução de pacientes com disfagia Orofaringea em Ambiente Hospitalar*. pp. 55-68.

Filho.E. (1998), *Fisiologia aplicada da deglutição*, In Filho, E. M., Pissani, J. C., Carneiro, J., Gomes , G., & Kleiner , M.. *disfagia Abordagem multidisciplinar* (pp. 1-6). Curitiba: Frontis Editorial.

Furkim.A, Manrique D. e Martinez S. (1998), *Protocolo de avaliação funcional da deglutição em crianças fonoaudiológica e nasofibrolaringoscópica*, In Filho, E. M., Pissani, J. C., Carneiro, J., Gomes, G., & Kleiner, M.. *DISFAGIA Abordagem multidisciplinar* (pp. 77-92). Curitiba: Frontis Editorial.

Filho Evaldo, Pissani Julio, Carneiro José, Gomes Guilherme e Kleiner Marcos, (1998), *disfagia abordagem multidisciplinar*, São Paulo: Frontis Editorial, ISBN: 01216-001 Dantas Robertodisfagia orofaríngea, pág.7-14.

Filho Fauze M, Sakai P e Ishioka S, (1998), *Nutrição em disfagia: gastrostomia e jejunostomia endoscópica*. In E. M. Filho, J. C. Pissani, J. Carneiro, G. Gomes, & M. Kleiner, *Disfagia abordagem multidisciplinar* (pp. 111-114). Curitiba: Frontis Editorial.

Furkim A.Maria e Rodrigues K. Alonso (2014), *disfagias nas unidades da terapia intensiva*. São Paulo, Roca,pág.79 ISSN- 978.85.4120.287.9.

Forte. A. P e Forte V.(2004). *impacto da traqueostomia na deglutição*, in Ferreira P. F, Lopes D. M e Limongi S. C. *Tratado da Fonaudiologia* (pp 405-413).São Paulo: Roca Ltda.ISBN- 85.7241.550.5.

Guedes Luciana, Vicente Laélia, Paula Cassiana, Olivéria Elizete, Andrade Emilene e Barcelos Wanessa, (2009), *Conhecimento dos profissionais da enfermagem que assistem pacientes com alterações da deglutição em um Hospital Universitário de Belo Horizonte*, Revista Sociedade Brasileira Fonoaudiologia, vol.14 nº3372-380.

Gil, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999, pág. 128-129.

Gaspar Maria, Pinto Gisele, Gomes Regina, Santos Rosane e Leonor Verena, (2015), *Avaliação da qualidade de vida em pacientes com disfagia neurogênica*, Paraná, Rev. CEFAC, Novembro. Dezembro, vol.17, nº6, pág-1939-1945.

Gillick Muriel, (2000), *rethinking the Role of Tube Feeding in Patients with Advanced Dementia*, Boston, Massachusetts Medical Society, Vol.342, nº 3, pág.206-210.

Giesser Barbara S. (2016), *primer on multiple sclerosis: second edition*, Los Angeles, Oxford University Press ISBN: 780-0-19-934101-6.

Golla Heidrun, GALUSHKO Maren, PFAFF Holger, VOLTZ Raymond (2011) *Unmet needs of severely affected multiple sclerosis patients: The health professionals' view* Palliative Medicine DOI: 10.1177/0269216311401465.

Gomes G. (1998), *Manejo de traqueostomias*, In Filho, E. M., Pissani, J. C., Carneiro, J., Gomes, G., & Kleiner, M.. *disfagia Abordagem multidisciplinar* (pp. 115-124). Curitiba: Frontis Editorial.

Goldani S. A. Helena e Silveira R. Themis (2010), *disfagia na criança* in Geraldo P, Angelis Elisabete C e Barros Ana P. B, *tratado da deglutição e disfagia no adulto e na criança*, (pp 219-228), revinter Ltda. Rio de Janeiro. ISBN: 978.85.372.0218.0.

Gomes, F. G., Campos, A. C., Pisani, J. C., Macedo Filho, E. D., Ribas Filho, J. M., & Malafaia, O. (2003). *Sonda nasointestinal, aspiração traqueal e pneumonia aspirativa em pacientes hospitalizados com doença cerebro-vascular complicada por disfagia orofaríngea*. *Arquivo Brasileiro de cirurgia Digestiva*, pág.189-192.

Hoffmann Patrícia e Dyniewicz Ana (2009), *a terapia ocupacional na esclerose múltipla: conhecendo e convivendo para intervir*, Curitiba, Cogitare Enfermagem. Abril. Junho, vol.14nº2, pág.285-293.ISSN 80730-000.

Hernandez M. Ana (2010), *neonatas* in Geraldo P, Angelis Elisabete C e Barros Ana P. B, *tratado da deglutição e disfagia no adulto e na criança*, (pp 360-363), revinter Ltda. Rio de Janeiro. ISBN: 978.85.372.0218.0.

Inaoka Clarissa, Albuquerque Christiane, (2014), *efetividade da intervenção fonoaudiológica na progressão da alimentação via oral em pacientes com disfagia orofaríngea pós-ave*, Rio De Janeiro, Rev. CEFAC, Janeiro-Fevereiro, vol-16,nº1, pág-187-196.

Jacobi Juliana, Levy Deborah e Silva Luciana, (2004), *disfagia, avaliação e tratamento*, Rio de Janeiro, revinter, pág.76/89 ISBN: 8573096241.

Júnior Carlos T, Camargo Fernanda P. e Carvalho Carlos R. R, (2007), *Pneumonia Aspirativa Associada a Alterações da Deglutição. Relato de Caso*, Revista Brasileira de Terapia Intensiva Vol. 19, nº 1, Janeiro-Março, pág.118-122.

Junior Carlos T, Fernanda Camargo P e Carvalho Carlos R. R. (2007) *Pneumonia Aspirativa Associada a Alterações da Deglutição. Relato de Caso*. Revista Brasileira de Terapia Intensiva Vol. 19 Nº 1, Janeiro. Março, pág. 118-122.

Jotz Geraldo P, Angelis Elisabete C e Barros Ana P. B (2010), *tratado da deglutição e disfagia no adulto e na criança*, revinter Ltda. Rio de Janeiro. ISBN: 978.85.372.0218.0.

Jotz Geraldo P, Schneider Airton, Oliveira Vílson F. de, Leão Henrique Z, Fabiana Estrela, costa Ricardo e Galvagni Cassiano (2010), *Anatomia da Cavidade oral, Orofaringe, Hipofaringe, laringe e esófago* in Geraldo P, Angelis Elisabete C e Barros Ana P. B, *tratado da deglutição e disfagia no adulto e na criança*, (pp 287-291), revinter Ltda. Rio de Janeiro. ISBN: 978.85.372.0218.0.

Jotz P. Geraldo e Dornelles Silva (2010), *Fisiologia da deglutição* in Geraldo P, Angelis Elisabete C e Barros Ana P. B, *tratado da deglutição e disfagia no adulto e na criança*, (pp 16-19), revinter Ltda. Rio de Janeiro. ISBN: 978.85.372.0218.0.

Kunigk Michele R. G. Chehter Ethel, (2007), *Disfagia orofaríngea em pacientes submetidos à entubação orotraqueal*, São Paulo, Rev. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, vol.12 nº4. Pág.287-91.

Kawalski, P. Luiz, Carvalho L. André e Vartanian G. José (2010), *tumores da cavidade oral e orofaringe* in Geraldo P, Angelis Elisabete C e Barros Ana P. B, *tratado da deglutição e disfagia no adulto e na criança*, (pp118-199), revinter Ltda. Rio de Janeiro. ISBN: 978.85.372.0218.0.

Leal Teresa, Durão Cândida, Abecasis Leonor, (2005), *Anatomia e fisiologia*, Loures, Lusociência, pág.456/555, ISBN 972-8930-07-0.

Martins , R. H., Dias , N. H., Braz, J. R., & Castilho, E. C. (Setembro de 2004), *complicacoes das Vias Aereas Relacionadas á Intubacao Endotraqueal*. pág. 671-673.

Moraes, A. M., Coelho, W. d., Castro, G., & Nemr, K. (2006), *incidencia de Disfagia em Unidade de Terapia Intensiva de Adultos*. Rev CEFAC, 1-7.

Moore.L. Keith, Dalley F. Arthur, (2007), *Anatomia orientada para a clinica*, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S.A. 5ªed. ISBN 978 85 277 12576. Pág. 75 -123.

Moole K.J, Moole M. (2004), *Atlas de anatomia*, Lusociência, 4º ed pág. 231.245, Rua Dario Camões. ISBN 972 8930 08 9.

Ministério de saúde da Cabo Verde, Relatório estatístico, praia 2014, disponível em: [www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/-/1/280--103/file](http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/-/1/280--103/file) consultado em 22-10-2016, 13:58mn.

Morgant .L Hope (2011), *in multiple sclerosis: a nursing prespective. International journal of MS care*. Vol. 5 nº 5.

Meleis, Afaf. (2010) *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. NewYork: Springer Publishing Company, ISBN: 978-0-8261-0535-6.

Mota Luiz A. A. Cavalho Glauber B. e Brito Valeska A. (2010), *complicações laringeas por intubação orotraqueal: Revisão da literatura*. Int. Arch. Otorhinolaryngol, São Paulo, vol.16, nº.2, pág.236-245, Abril. Maio. Junho, DOI: 10.7162/S1809-97772012000200014.

Monahan Frances, Sands Judith, Neighbors Marianne, Marek Jane e Green Carol, (2006), Phipps' Medical-Surgical Nursing: *Health and Illness Perspectives*, (Medical Surgical Nursing: Concepts & Clinical Practice. Mosby. Vol.8.pág. 1072. ISBN 9780323031974.

Motta lígio e Annunciato F. Nelson (2010), *manejo nutricional do paciente disfágico in* Geraldo P, Angelis Elisabete C e Barros Ana P. B, *tratado da deglutição e disfagia no adulto e na criança*, (pp 360-363), revinter Ltda. Rio de Janeiro. ISBN: 978.85.372.0218.0.

Neves Olga M. D, Brasil Laélia M. B. F. e Amorim Cláudio S. C. (2009), *processos aspirativos pulmonares em crianças*. Disponível em [files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1968.pdf](http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1968.pdf). acedido em 30-10.2016.

Nunes, L., Amaral , M., & Gonçalves, R. (2005), *código Deontologico do Enfermeiro: dos Comentarios á Análise de Casos . Ordem dos Enfermeiros*. Março.

Neto António (2013), *para uma didática das Ciências transdisciplinar: o contributo da Aprendizagem Baseada na Resolução de Problemas*, Braga, CIED-U Minho, ISBN 978-989-8525-26-0.

Nakamura Peggy e Carroll Roberta, (2009), *risk management handbook for healthacare organizations*, San Francisco, Wiley imprint, vol.6, nº3, pág.345 ISBN. 978-0-62083-0.

Nanda (North American Nursing Diagnosis Association).*Sistematização das propostas do II SNDE*. Rio de Janeiro: João Pessoa.

Netto P. Irene, Angelis C. Elisabete e Barros B. P Ana (2010), *Princípios da reabilitação das disfagias orofaríngeas* in Geraldo P, Angelis Elisabete C e Barros Ana P. B, *tratado da deglutição e disfagia no adulto e na criança*, (pp 330-340), revinter Ltda. Rio de Janeiro. ISBN: 978.85.372.0218.0.

Oliveira Mariana M. G, Teruel Silmara L, Lima Jaqueline L, Bergamasco Christiane M e Aquino Rita C. (2008), *terapia nutricional em disfagia: A importância do acompanhamento nutricional* Revista Brasileira de Ciências da Saúde, nº16, abril. junho, pág. 71-75.

Ordem dos Enfermeiros . (20 de Novembro de 2001), *divulgar- Padroes de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*, pág-16.

Perfeito JAJ, Mata CAS, Forte V, Carnaghi M, Tamura N e Leão LEV (2007), *traqueostomia na UTI: vale a pena realizá-la?* Jornal Brasileiro de Pneumologia vol.33 nº6, pág.687-690.  
Paixao, c. t. (2009). *Segurança na deglutição de pacientes disfágicos pós acidente vascular cerebral: contribuições do enfermeiro*. Revista Rene, pág.181- 190.

Philip Rubin, Louis Constine, (2014), *Lawrence Marks Alert-Adverse Late Effects of Cancer Treatment*, New York, springer, vol.1,pág.79. ISSN-09425373.

Padovani AR, Moraes DP, Mangili LD, Andrade CRF (2007), *Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD)*, Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Vol. 12 Nº3, pág. 199-205.

Ricz HMA, Mello-Filho FV, Conti de Freitas LC, Mamede RCM, (2011), *Traqueostomia*, Ribeirão Preto vol.44 nº1, pág. 63-69.

Road Seely, Trent Stephens e Phil Tate traduzido por Leal Maria, Durão Maria e Abacasis Leonor, (2005), *Anatomia e fisiologia*, Loures, Lusociência, pág. 873/925, ISBN, 972-8930-70-0.

Ribeiro Carla, Silva Denise, Rizzo Luciano e Ventura Maurício (2011), *Geriatrics & Gerontologia*, Fortaleza LaTindex vol 5, nº 3 Jul/Ago/Set, pag.129-175. ISSN 1981-8289.

Rodrigues Katia A. Machado Flávia R. Chiari Brasília M. Rosseti Heloísa B. Lorenzon Paula e Gonçalves Maria I. R. (2015). *Reabilitação da deglutição em pacientes traqueostomizados disfágicos sob ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva: um estudo de factibilidade*. São Paulo, Revista Brasileira de Terapia Intensiva. Vol.27 nº1, pág. 64-71. DOI: 10.5935/0103-507X.20150011.

Ribeiro, Silva, Rizzo e Ventura (2011), *nutrição e disfagia em idosos hospitalizados*. São Paulo, Morale Ltda.pag-1/26. ISSN. 978-85-7868-017-6.

Souza MCB, Ceribelli MIPF (2004), *enfermagem no centro de material esterilizado - a prática da educação continuada*. Revista Latino-am Enfermagem 2004 setembro-outubro; vol.12 nº5 pág.767-74.

Siqueira Ivana L.C.P, Kurcgant Paulina (2005), *estratégia de capacitação de enfermeiros recém-admitidos em unidades de internação geral*, Ver. Esc. Enfermagem vol. 39 nº3, pág.251-7.

Sara-Prat, M., Palomera, E., Gomes, C., Shalon, D., Saiz, A., Montoya, J.Clavé, P. (2012), *oropharyngeal dyphagia as a risk factor for malnutrition and lower respiration tract infection in independently living older persons: a population-based prospective study*. Age and aging, pág.376-381.

Silva , M. A. (2012), *pessoa em Situacao Critica- Foco de Cuidados do Enfermeiro Especialista*. Porto.

Silva , M. M., Pinhiero, K. B., Souza, A. A., & Moreira, A. A. (2011). *Promoção de saúde em ambientes hospitalares*. Revista Brasileira de Enfermagem, pág.596-599.

Silva, R. G., & vieira, M. M. (1998), *disfagia orofaríngea neurogênica em adultos pós-acidente encefálico: identificação e classificação*. In E. M. Filho, J. C. Pissani, J. Carneiro, G. Gomes, & M. Kleiner, *Disfagia abordagem multidisciplinar* (pp. 16-27). Curitiba: Frontis Editorial.

Scopinho. Rosemary (2003), *Vigiando a Vigilância: Saúde e segurança no trabalho em termos e qualidade total*, São Paulo, Fapesp, ISBN 85-7419-377-1.

Santoro Patrícia, (2008), *atualização científica em fonoaudiologia e educação*, revista cefac, vol.10, nº2, São Paulo Abril- Junho, ISSN 1982-0216 disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v10n2/a02v10n2.pdf> consultado em 06-08-2016.

Saraci, George; Saplacan, Rodica; Ionut, Diana (2011), *disfagia em patologia neurológica* Mar, Vol.84, nº1, pág. 75-89, ISSN 59508673.

Sasahora Aniza E. A, Lima Elizabeth M, (2001), *disfagia neurogênica*, in Netto Matheus P, Brito Francisco C *Urgências em Geriatria: epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico, controle terapêutico*. Editora Atheneu, São Paulo, (pp.53-68) CDD- 618.9789.

Stenzel Gabriela, Paranhos Mariana, Ferreira Vinicius (2012), *a psicologia no cenário hospitalar: encontros possíveis*, Porto Alegre, Edipercus, ISBN 978-85-397-0203-9.

Santoro Patrícia, Furia Cristina, Forte Ana, Lemos Elza, Garcia Roberta, Aguiar Raquel e Imamura Rui, (2011), *Otolaryngology and Speech Therapy evaluation in the assessment of oropharyngeal dysphagia: a combined protocol proposal*, Brazilian Journal of Otorhinolaryngology vol.77 nº.2 Março. Abril. Pág.201-213.

Santos D. R. Diniz, Braga N. M. Andrade e Silva Luciana R. (2004), *a disfagia na criança*, sociedade Baiana de pediatria, vol.1,nº1, Abril, Maio, Junho, Pag.1/67. ISSN 1806-7085.

Silva G. Roberta (2004), *disfagia orofaríngea pós- acidente vascular encefálico*, in Ferreira P. F, Lopes D. M e Limongi S. C. *Tratado da Fonaudiologia* (pp 235-365).São Paulo: Roca Ltda.ISBN- 85.7241.550.5.

Tavares Cláudia M. M. (2006), *a educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental* Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis. Abri.Junho, vol.15 nº2 pág.287-95.

Valle Elizabeth (2001), *psico-oncologia Pediátrica*, São Paulo, Casa do Pedagogo ISBN 85-7396-145-7.

Werle Roberta Weber, Souza Daniela Dias de, Kutchak Fernanda, Sartori Sílvia do Amaral, Werle Norberto Weber e Schuch Luiz Henrique. (2014), *análise da força muscular respiratória pico de tosse reflexa e tempo de ventilação mecânica em pacientes com e sem disfagia*, assobrafir ciência. Ago. Vol.5, nº2 pág.11-24. EISSN: 2177-9333.

Walton Krystyna (2011), *a practical approach to spasticity management in patients with multiple sclerosis* British Journal of Neuroscience Nursing, Vol. 7 No 4, pág. 587.

Waldow, V. R. *Cuidado Humano: o resgate necessário*. Porto Alegre. Ed. Sagra Luzzatto, 2004.pág.30.

Yamada Elaine, Sequeira Karina, Xerez Denise, Koch Hilton e Costa Milton, (2004). *a influência das fases oral e faríngea na dinâmica da deglutição*, Rio de Janeiro, Janeiro. Março, vol.41, nº1, pág.18-23.



## Anexos

### Exames médicos complementares da disfagia segundo Estrela, Motta e Elias (2010).

#### Quadro nº6. Exames complementares da disfagia.

Endoscopia digestiva alta	Está indicada em todos os casos de síndrome disfágica, tanto para o diagnóstico como para a realização da biópsia de lesões existentes. Nas causas mecânicas, ela quase sempre faz diagnóstico e também pode ajudar no tratamento curativo ou paliativo.
Serigrafia	Estes definem a forma do esôfago e a alteração da motilidade existente e o comprometimento da luz do esôfago.
Esofagogastroduodenal	Estes definem a forma do esôfago e a alteração da motilidade existente e o comprometimento da luz do esôfago.
Videofluoroscopia de deglutição	Videofluoroscopia da deglutição é importante para elucidação de doenças motoras e deve ser o primeiro exame a ser solicitado quando da suspeita de disfagia de origem neuromuscular, sendo sensível e específico para quantificar a severidade da disfagia.
Videodeglutograma	Estes definem a forma do esôfago e a alteração da motilidade existente e o comprometimento da luz do esôfago.

Estudo manométrico do esôfago	Estes definem a forma do esôfago e a alteração da motilidade existente e o comprometimento da luz do esôfago.
PHmetria	A pHmetria esofágica de 24 horas é exame de eleição para os casos onde a endoscopia não registra anormalidade da mucosa e o utente tem manifestações extra-esofágicas de doenças do refluxo gastroesofágico, como tosse, rouquidão, dor de garganta e bronco-aspirações noturnas. Através dela pode-se verificar a presença de refluxo, que é representado por aumento de acidez em nível cervical.
Ecoendoscopia ou ultrassonografia endoscópica	Pode ser útil nos casos de lesões com comprometimento da parede esofágica sem lesão da mucosa do órgão. Através dela, é possível definir se a lesão é extrínseca ao esôfago ou se tem origem nas próprias camadas da parede do esôfago.

Fonte: elaboração própria

## Teoria de Marjorie Gordon

### Quadro nº7. Teoria de Marjorie Gordon

Percepção/Gestão de saúde	Nesta categoria verifica-se a percepção que a pessoa tem acerca da sua própria saúde e do seu bem-estar, se sabe gerencia-lo de forma eficaz. Isto inclui gestão do regime terapêutico comportamentos de promoção de saúde exercício regular, check-ups anuais. O enfermeiro deve verificar se a pessoa mantém bons hábitos alimentares, pratica de exercício físico, ausência do tabaco, stress, entre outros, mantendo assim uma posição preventiva e promotora de saúde.
Estado nutricional/Metabolismo	Deve relacionar-se com o padrão de alimentos e líquidos ingeridos em relação ao metabolismo, necessidades e padrão, ao fornecimento de nutrientes, e ao estado do aparelho gastrointestinal. Tendo em conta que os distúrbios do sistema digestivo são um dos fatores de risco para a disfagia, o enfermeiro deve questionar a pessoa acerca do padrão de ingestão de alimentos e líquidos, o balanço nutricional, a condição da pele, dentes, cabelos, unhas, mucosas, a capacidade de deglutição e mastigação e o peso e altura do doente.
Sono e Repouso	Gordon mostra que a própria pessoa deve ter noção da sua qualidade de sono diária, assim como as rotinas de sono. O autor ainda menciona sobre o relaxamento. O enfermeiro deve ter em conta que o sono e repouso em falta agravam o risco de aparecimento de distúrbios psicológicos e físicas. Deste modo o profissional deve questionar a pessoa acerca do processo de sono, tendo em conta a quantidade, a frequência e a qualidade deste
Cognição e Percepção	Este padrão torna-se de grande importância quando direcionado ao problema nutricional, sendo que inclui a visão, audição, paladar, olfato, percepção, e gestão da dor,

	<p>assim como as funções cognitivas como a memória, a linguagem. Na ocorrência da disfagia a pessoa encontra-se com o padrão sensorial e cognitivo alterado. O enfermeiro deve fazer a avaliação da pessoa, sabendo identificar as modificações de cada uma destas funções. Deve ainda questionar a pessoa sobre o tempo, espaço e pessoa. A capacidade de tomada de decisão segundo Gordon é também um dos padrões a serem analisados.</p>
O sedentarismo	<p>É um fator de risco para o estado físico da pessoa, levando para o agravamento do mesmo. Gordon mostra que o padrão atividade e exercício não diz respeito somente á pratica de exercício físico, mas também de atividades de lazer, ou seja todas as atividades que exigem gasto de energia, nesta pode ser incluída ainda o autocuidado. O enfermeiro deve ter em conta que a pessoa vítima de disfagia não deve também exceder também no exercício físico, motivo esse que o enfermeiro deve fazer o levantamento da frequência das atividades realizadas pela pessoa.</p>
Eliminação	<p>Segundo Gordon deve-se ter em atenção padrões da função excretora intestinal e urinária, a autora ainda se refere á pele. O enfermeiro deve conhecer a percepção que a pessoa tem acerca do seu débito urinário, assim como as características do mesmo.</p> <p>Assim o enfermeiro deve recolher informações acerca de qualquer história de incontinência. Deve ainda ter em conta as características dos mesmos, assim como a presença de dor.</p>
Auto-percepcao e auto conceito	<p>De acordo com Gordon estes estão relacionados com autoconceito da pessoa e percepções de si mesmo. O enfermeiro deve inicialmente fazer com que a pessoa entenda a fase em que se encontra, mudando assim a auto-percepção, e o autocuidado.</p> <p>Gordon enfatiza as questões da imagem corporal, autoestima, identidade pessoal, atitudes acerca de si mesmo, a percepção das suas habilidades, capacidades, e por fim padrões emocionais.</p>

Papel e Relacionamento	De acordo com Gordon, estes devem-se ao padrão da pessoa no que diz respeito aos compromissos que o seu papel implica, assim como o padrão de relacionamento. A autora mostra que este padrão refere-se ao papel de mãe, de pai, marido ou mulher, de trabalhador, satisfação familiar ou relações sociais. Tendo em conta as alterações que a disfagia acarreta e o nível de Incapacidade que pode proporcionar á pessoa, o enfermeiro deve perceber até que ponto os efeitos provocados pelo sintoma, pode estar afetando os papéis da pessoa e as suas responsabilidades.
Sexualidade e Reprodução	Como referido anteriormente a disfagia acarreta alterações no corpo da pessoa, alterações essas que podem contribuir para a insatisfação sexual. A pessoa em risco de disfagia terá ainda problemas a nível do padrão reprodutivo, pois terá por vezes problemas em relacionar-se com outros, e consequentemente terá dificuldades no funcionamento sexual.
Coping/Tolerância ao stress	Gordon aponta que esse padrão deve-se á capacidade da pessoa aquando a situação de stress, assim como as estratégias utilizadas para ultrapassa-las. O enfermeiro deve questionar a forma habitual que a pessoa com disfagia enfrenta o stress, assim como as fontes de apoio utilizadas para isso. A perceção e a capacidade de controlo e gestão do stress deve ser levadas em conta.
Padrão Crenças e Valores	Por ultimo e não menos importante Gordon afirma que este deve-se aos valores da pessoa, assim como os objetivos que guiam as suas escolhas e decisões, tendo em conta a filiação religiosa, fatores importantes na vida da pessoa, conflitos, crenças, valores relacionados com a saúde e as práticas religiosas. O enfermeiro deve estar ciente disto e respeitar na íntegra cada um destes aspetos

## Diagnóstico de Nanda, Nic e Noc

**Quadro nº8. Diagnóstico de Nanda, Nic e Noc**

Diagnóstico de NANDA	Intervenções (NIC)	Resultados Esperados (NOC)
<p><b>Nutrição Alterada:</b> Ingestão Menor que as Necessidades Corporais.</p> <p><b>Relacionado com:</b> deglutição alterada.</p> <p><b>Manifestado por:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relato de ingestão inadequada de alimentos, menos do que a porção diária recomendada;</li> <li>• Fraqueza dos músculos usados na mastigação e na deglutição;</li> <li>• Relato de alteração na sensação gustativa; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cavidade oral inflamada ou ferida;</li> <li>• Falta de interesse por alimentar-se; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tônus muscular enfraquecido.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p><b>Fatores Relacionados:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planeamento da dieta;</li> <li>• Controlo de líquidos/ eletrólitos;</li> <li>• Monitorização de líquidos,</li> <li>• Aconselhamento nutricional;</li> <li>• Controlo da dor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado nutricional;</li> <li>• Estado nutricional: Ingestão de alimentos e líquidos;</li> <li>• Estado nutricional: Ingestão de nutrientes; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlo do peso;</li> </ul> </li> <li>• Função sensorial: Gustativa e olfativa.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inabilidade para ingerir ou digerir alimentos ou absorver nutrientes, devido a fatores biológicos, psicológicos, econômicos e culturais;</li> <li>• Falta ou deficit de informação sobre alimentação adequada</li> </ul>		
<p><b>Potencial Para Infecção:</b> Relacionado com o risco de aspiração e baixa imunidade.</p> <p><b>Manifestado por:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doença crônica;</li> <li>• Procedimentos invasivos; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desnutrição;</li> </ul> </li> <li>• Uso de agentes farmacológicos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trauma;</li> </ul> </li> </ul> <p>Fatores relacionado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vide presença de fatores de risco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorização de eletrolíticos;</li> <li>• Controlo da nutrição, <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisão;</li> </ul> </li> <li>• Controlo de infeção;</li> <li>• Proteção contra infeção;</li> <li>• Cuidados com lesões.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado imunológico;</li> <li>• Comportamento imunológico;</li> <li>• Conhecimento: Controlo de infeção; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado nutricional;</li> <li>• Controlo de riscos;</li> <li>• Detecção de riscos;</li> </ul> </li> <li>• Integridade tissular: Pele e mucosa.</li> </ul>
<p><b>Deficit do volume de líquidos</b> Relacionado com a dificuldade de ingestão.</p> <p><b>Manifestado por:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Súbita perda ou ganho de peso;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlo de eletrolíticos;</li> <li>• Inserção endovenosa, <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisão,</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equilíbrio eletrolítico e acido- básico, <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equilíbrio de líquidos;</li> <li>• Hidratação;</li> </ul> </li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pele seca;</li> <li>• Membranas mucosas secas;</li> <li>• Fraqueza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Precauções contra sangramentos;</li> <li>• Controlo de hipovolemia;</li> <li>• Monitorização dos sinais vitais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado nutricional: Ingestão de alimentos e líquidos.</li> </ul>
<p><b>Padrão respiratório ineficaz</b> Relacionado com dificuldade na deglutição e possível sufocação.</p> <p><b>Manifestado por:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispneia;</li> <li>• Tosse;</li> <li>• Cianose.</li> </ul> <p><b>Fator relacionados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividade neuromuscular prejudicada; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor;</li> </ul> </li> <li>• Fadiga ou energia diminuída.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlo das vias aéreas;</li> <li>• Administração de medicamentos;</li> <li>• Monitorização respiratória;</li> <li>• Redução de ansiedade, <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisão;</li> </ul> </li> <li>• Monitorização dos sinais vitais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado respiratório: Desobstrução das vias aéreas;</li> <li>• Estado respiratório: Ventilação; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado dos sinais vitais;</li> <li>• Nível de conforto.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Potencial para aspiração</b> Relacionado com disfagia.</p> <p><b>Manifestado por:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressão dos reflexos de tosse e deglutição;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspiração das vias aéreas;</li> <li>• Controlo de vias aéreas artificiais;</li> <li>• Terapia para deglutição;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade cognitiva;</li> <li>• Capacidade de resistência, <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado infeccioso;</li> </ul> </li> <li>• Estado respiratório: Troca de gases;</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução incompleta do esfíncter esofageano;             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tubos para alimentação;</li> <li>• Deglutição prejudicada;</li> </ul> </li> <li>• Trauma ou cirurgia facial, oral ou do pescoço;             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandíbula imobilizada.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>FATORES RELACIONADOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vide presença de fatores de risco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Precauções contra aspiração;</li> <li>• Monitorização respiratória;</li> <li>• Supervisão;</li> <li>• Controlo do vômito;</li> <li>• Intubação gastro intestinal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado respiratória: Ventilação;             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlo de riscos;</li> <li>• Detecção de riscos.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Mucosa oral alterada</b></p> <p>Relacionado com lesão da mucosa oral.</p> <p><b>Manifestado por:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor ou desconforto oral;</li> <li>• Xerostomia (boca ressequida);</li> <li>• Lesão ou ulceração oral;</li> <li>• Diminuição ou falta de salivação;             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edema;</li> <li>• Placa oral.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>FATORES RELACIONADOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desidratação;</li> <li>• Trauma;</li> <li>• Má nutrição;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspiração das vias aéreas,</li> <li>• Planeamento da dieta;</li> <li>• Controlo da dor;             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlo de medicamentos;</li> </ul> </li> <li>• Inserção e estabilização de vias aéreas artificiais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saúde oral;             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integridade tissular: Pele e mucosa;</li> </ul> </li> <li>• Estado nutricional: ingestão de alimentos e líquidos;             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado da deglutição;</li> </ul> </li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecção;</li> <li>• Diminuição ou falta de salivação;</li> </ul>		
<p><b>Interação social prejudicada</b></p> <p>Relacionado com a baixa de autoestima.</p> <p><b>FATORES RELACIONADOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitação de mobilidade motora;</li> <li>• Terapêutica de isolamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento da socialização;</li> <li>• Construção de relação complexa;</li> <li>• Promoção da capacidade de recuperação,</li> <li>• Aumento da autoestima,</li> <li>• Esclarecimento de valores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambiente familiar: Interno;</li> <li>• Desempenho do papel “interação social”;</li> <li>• Envolvimento social;</li> <li>• Capacidade de comunicação:</li> </ul>
<p><b>Diarreia</b></p> <p><b>Caraterísticas definidoras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frequência aumentada das eliminações;</li> <li>• Mudança na coloração das fezes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorização de eletrolíticos;</li> <li>• Controlo de líquidos;</li> <li>• Controlo da nutrição,</li> <li>• Supervisão da pele;</li> <li>• Controlo de peso;</li> <li>• Inserção endovenosa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equilíbrio intestinal;</li> <li>• Equilíbrio eletrolítico e acido-basico;</li> <li>• Equilíbrio de líquidos;</li> <li>• Hidratação; Gravidade de sintomas.</li> </ul>

<p><b>Deglutição prejudicada</b></p> <p>Relacionado com a patologia de base.</p> <p><b>Manifestado por:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evidência observada da dificuldade de deglutição (por ex.: estase da comida na cavidade oral, tosse ou sufocação); <ul style="list-style-type: none"> <li>Evidência de expiração.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>FATORES RELACIONADOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfraquecimento neuromuscular (por ex.: ausência ou diminuição do reflexo de deglutição, força diminuída ou falta de controle dos músculos envolvidos na mastigação, percepção enfraquecida, paralisia facial);</li> <li>Obstrução mecânica (por ex.: edema, tubo traqueostomia, tumor).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aspiração das vias aéreas;</li> <li>Terapia para deglutição; <ul style="list-style-type: none"> <li>Precauções contra aspiração; <ul style="list-style-type: none"> <li>Supervisão;</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>Alimentação por sonda enteral; <ul style="list-style-type: none"> <li>Suporte emocional; <ul style="list-style-type: none"> <li>Alimentação;</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>Controlo da nutrição.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estado da deglutição;</li> <li>Estado da deglutição: Fase esofágica; <ul style="list-style-type: none"> <li>Estado da deglutição: Fase oral;</li> </ul> </li> <li>Estado da deglutição: Fase faríngea.</li> </ul>
--	--	--

<p style="text-align: center;"><b>Dor</b></p> <p><b>Caraterísticas definidoras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação verbal ou não verbal de dor;</li> <li>• Comportamento compatível com o desconforto; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expressão facial de dor;</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Fatores relacionados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agentes de injúria (físicos).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administração de analgésicos;</li> <li>• Controlo de medicamentos,</li> <li>• Controlo da dor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nível de conforto;</li> <li>• Controlo da dor; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nível de dor;</li> </ul> </li> <li>• Controlo de sintomas; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bem estar.</li> </ul> </li> </ul>
---	--	--

## **Apêndice I**

### **Termo de consentimento livre e esclarecido**

Presado(a) senhor(a),

Milton Miguel Lopes Miranda, nº2825, estudante do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade do Mindelo, gostaria de o/a convidar a participar na pesquisa cujo tema é “Conhecimento dos Enfermeiros de medicina do HBS sobre a assistência a Utentes Disfágicos”, orientada pela Fonoaudióloga Ema Aracy Oliveira Soares. O objetivo geral da pesquisa é: Analisar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre cuidados prestados aos utentes disfágicos no HBS a sua participação será realizada através de respostas a entrevista que eu vou- lhe fazer, e neste contexto a sua participação será importante na medida que contribuirá no processo de recolha de informações que serão trabalhadas na pesquisa que se pretende realizar.

Gostaria de esclarecer que a sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isso a prejudique. Todas as informações serão utilizadas somente nesta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Mindelo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2016

---

/Nome do inquirido/

---

/Nome do pesquisador/

## Apêndice II

A Comissão de Ética para analisar  
28/03/16

Supervisão de Def. e de  
P/Passos e Feitos  
24/03/16

Exmo. Senhora Diretora  
Hospital Baptista de Sousa – São Vicente  
Dra. Sandra Vasconcelos

São Vicente, 18 de Março de 2016

**Assunto:** Solicitação de autorização para realização de estudo

Milton Miguel Lopes Miranda, aluno n.º 2825 do 4.º ano do curso de licenciatura em enfermagem da Universidade do Mindelo, no âmbito do desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso/monografia, vem por esta via solicitar a autorização para recolha de informações junto dos enfermeiros do serviço de medicina, sobre o tema “**Conhecimento dos Enfermeiros do HBS sobre assistência a utentes disfágicos.**”

O trabalho terá como objetivo geral: Analisar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre cuidados prestados aos utentes disfágicos no HBS. E como objetivos específicos: Descrever o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a assistência de enfermagem ao utente disfágico no HBS; Identificar as ações de enfermagem utilizadas para favorecer os cuidados ao utente disfágico; Verificar as dificuldades (sentidas pelos enfermeiros) na prestação de cuidados ao utente disfágico.

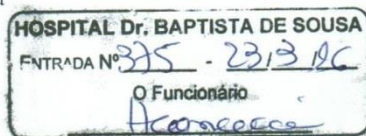
Informa-se ainda que o trabalho será orientado pela metodologia qualitativa, sendo que a recolha de informações será feita mediante a aplicação de uma entrevista, devidamente validada para o efeito e que o mesmo atenderá a todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação.

Antecipadamente gratos pela vossa colaboração, apresento-lhe os meus respeitosos cumprimentos.

O Discente

UNIVERSIDADE DO MDELO  
Sua Assinatura  
18/03/16

Milton Miguel Lopes Miranda  
Milton Miguel Lopes Miranda



Aprovado pela Comissão de Ética. 28/03/16

Contatos: mail [miltonmirandalopes@hotmail.com](mailto:miltonmirandalopes@hotmail.com) móvel - 9568656

## **Apêndice III**

### **Guião de entrevista**

Milton Miguel Lopes Miranda, aluno n.º 2825, do 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, a fim de desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado, **Conhecimento dos Enfermeiros do Serviço de Medicina do HBS Sobre a Assistência a Utentes Disfágico**, vem por este meio mui respeitosamente convidá-lo (a) a participar nesta entrevista para o trabalho referido, que tem como objetivo geral: **Analisar o conhecimento da equipa de Enfermagem sobre cuidados prestados aos utentes disfágicos no serviço de medicina do HBS.**

#### **A. Caracterização geral**

1. Sexo Feminino.....Masculino.....
2. Idade.....Anos
3. Grau Académico.....
4. Tempo de atividade profissional:.....Anos

#### **B. Funções desempenhadas**

- 1- Desde que se formou sempre trabalhou no HBS?
- 2- Há quanto tempo trabalha no HBS?
- 3- Sempre desempenhou a mesma função?
- 4- Qual a sua função atual?
- 5- Desde quando executa esta função?

#### **Grupo I- Perceção sobre a Disfagia**

- 1- Define Disfagia?

- 2- Quais são as causas da Disfagia?
- 3- Quais os sintomas da Disfagia?
- 4- Quais são as complicações da Disfagia?

**Grupo II- Atendimento ao utente disfágico**

- 1- Durante a rotina de trabalho de um Enfermeiro, acha que há tempo para acompanhar a alimentação dos doentes e assim identificar os sinais e sintomas da disfagia? E a orientação do doente e dos familiares, o enfermeiro tem tempo para isso?
- 2- Costuma dar orientações aos utentes disfágicos e aos seus familiares? Se sim, quais as orientações que costuma dar?
- 3- Alguma vez, recebeu alguma formação em relação aos cuidados de enfermagem a utentes disfágicos?
- 4- Sente necessidade de uma formação na área de disfagia?
- 5- No serviço em que trabalha existe algum protocolo de intervenção nos utentes disfágicos?
- 6- Após a identificação dos sinais de disfagia qual seria o seu procedimento?
- 7- Para si, qual seria o profissional adequado para avaliar diagnosticar e tratar a disfagia?
- 8- Qual o papel do Nutricionista, Fonoaudiólogo, Médico e Enfermeiro neste processo?
- 9- Sente-se preparado(a) para prestar cuidados de enfermagem ao utente disfágico?
- 10- Dentro de seus conhecimentos, você se considera capaz de identificar os sinais ou sintomas da alteração da deglutição?